Mihai Copăceanu
DROGURILE
O carte obligatorie
ō Editura EIKON
București, Str. Smochinului nr. 8, sector 1 cod poștal 014605, România
Difuzare / distribuţie carte: tel/fax: 021 348 14 74 mobil: 0733 131 145,0728 084 802 e-mail: difuzareedituraeikon˙ro
Redacţia: tel: 021 348 14 74
mobil: 0728 084 802,0733 131 145
e-mail: contactedituraeikon˙ro web: www˙editura ei kon˙ro
Editura Eikon este acreditată de Consiliul Naţional al
Cercetării Ştiinţifice din învăţământul Superior (CNCSIS)
Descrierea CIP este disponibilă la Biblioteca Naţională a României
ISBN: 978 – 606 – 711 – 841 – 4
Editor: Valentin Ajder
Mihai Copăceanu
DROGURILE
O carte obligatorie
Prefaţă de
9
Constantin Bălăceanu Stolnici
EIKON
2018
ÎN HONOREM CONSTANTIN BĂLĂCEANU STOLNICI la împlinirea vârstei de 95 de ani

Constantin Bălăceanu-stolnici (n. 6 iulie 1923, București) este un om de știință român, medic neurolog, doctor în medicină, antropolog, istoric, boier, descendent din familia Bălăcenilor (secolul 13), profesor de neuropsihologie și anatomie a sistemului nervos, pionier în domeniul neurociberneticii, membru de onoare al Academiei Române, Director de Onoare al Institutului de Antropologie „Fr. I. Rainer” al Academiei Române,

Președintele Centrului Internaţional Antidrog și pentru Drepturile Omului (CIADO), autor de tratate de specialitate, conducător de doctorat și conferenţiar neobosit la evenimente naţionale academice ori în faţa publicului larg cu scopul prevenirii consumului de droguri în rândul tinerilor, în 2015, la vârsta de 92 de ani, a acceptat să coordoneze cercetarea de doctorat a autorului acestei cărţi.

Cuprins
Prefaţă 9
Cuvânt înainte 17
Cuvânt de bucurie 19
Despre Mihai 20
Introducere 21
Cazul Maria 23
Drogurile – o problemă globală 31
Drogurile în Europa și în România 35
Drogurile în istorie 43
IL 1. Paleolitic (epoca pietrei cioplite) 45
Vechiul Testament 50
Antropa belladonna (Mătrăguna) 52
Cultura mayașă târzie 54
11.2.....Egipt – studiul mumiilor 55
Drogurile în Asia preistorică 58
Drogurile în America precolumbiană... 59
Orientul Apropiat 63
11.3.....Drogurile în Africa 64
Marijuana 69
Drogurile – O perspectivă antropologică... 71
Antropologia și șamanismul 75
Antropologia consumului de tutun ...77
Cum renunţăm la fumat? 78
Canabis 84
Ritualuri magico-religoase 86
Aspectul cultural al consumului de droguri...89
l. Drogurile și cultura.
America de sud – *ayahuasca* 94
2. Drogurile și vracii 98

IV.3. Iniţierile șamanice australiene 100
IV.4. Exemplul Indiei 102
IV.5. Drogurile și adolescenţa 104
IV.6. Influenţa părinţilor 105
IV.7. Structura familială 106
IV.8. Influenţa grupului 106
IV.9. O cultură nouă: cultura online a drogurilor 107
IV.10. Drogurile și muzica 109
IV. ÎI. Drogurile și sexualitatea 112
IV.12. Drogurile și religia 114
13. Concluzii 116
Populaţia tânără și consumul de substanţe psihoactive. Efecte pe termen scurt asupra sănătăţii biopsiho-sociale 119
l. Introducere 119
2. Date privind consumul în rândul adolescenţilor în România, Europa și în alte state 122
V.3. Studii despre adolescenţă 127
V.4. Dezvoltarea psihică 131
V.5. De ce tinerii consumă droguri? De ce tinerii reprezintă o categorie vulnerabilă?. 132
V.5.a. Explicaţii psihanalitice 133
V.5.b. Căutări, întrebări, angoase 136
V.5. [. Fumat, alcool și alte droguri 137
V.5.d. De la copilărie la adolescenţă – un drum iniţiatic 137
V.5.e. Factori protectivi care inhibă abuzul de alcool la copii și tineri 141
V.5.f. Riscurile asociate cu abuzul de alcool la copii și tineri 142
V.6. Efecte negative ale consumului de alcool și droguri pentru copii și tineri 145
Efectele heroinei 147
Halucinogene 148
Cocaina 150
Amfetaminele 151
V.7. Efecte la nivel neurocerebral. Cum afectează drogurile creierul? 156

V.8. Efecte asupra sănătăţii mintale 162
V.9. Efecte la nivel social, răniri accidentale și violente 164
V.10. Comportament sexual și alcoolul 166
Contracepţie 168
V.ÎI. Cum pot fi influenţaţi copiii în consumul de alcool. Influenţe negative. Familia 170
Consumul de substanţe în cazul părinţilor ...171
Comunitate 173
V.12. Ce rol au trăsăturile de personalitate? 177
V.13. Factori genetici 180
V.14. Un nou factor de risc: social media... 182
Reclame 184
Tipuri de consum 185
V.15. Măsuri eficiente de reducere a consumului de substanţe în rândul copiilor...186
Programe de prevenire și intervenţii eficiente centrate pe consumul de substanţe la adolescenţi 187
V.16. Intervenţii eficiente pentru reducerea consumului de substanţe 190
V.16.a. Programe de prevenire în școală 195
V.16.b. Programe de prevenire pentru familie 197
V.16.C. Tratament medicamentos 199
Disulfiramul (antalcol, antabuse) 200
Acamprosatul ca medicaţie de prevenire a recăderii 202
V.17. Scurte intervenţii utilizând tehnologia mobilă 203
De ce media socială și / sau tehnologia mobilă? 204
V.18. Modele teoretice 205
Anexe: instrumente de evaluare a consumului de alcool
(AUDIT, MAST, CAGE, DAST) 215
Chestionar audit 215
Chestionar Mast 219
Chestionarul pentru evaluarea dependenţei de alcool Cage 222
Testul de screening pentru detectarea 223

Bibliografie 227

Prefaţă

Cartea domnului Mihai Copăceanu abordează cu mult curaj și competenţă una din marele probleme dar din marile tragedii ale contemporaneităţii.

Consumul și dependenţa de droguri este una din cele mai sumbre forme de activitate umană prin efectele nocive pe care le are asupra indivizilor și perspectiva tragică pe care o deschide pentru destinul speciei noastre.

Consumul de droguri a început de mult, probabil încă de la zorile umanităţii.

Cel mai plauzibil este că iniţial consumul de droguri halucinogene a fost legat de unele ritualuri magico-religioase, și anume crearea stărilor de transă caracteristice pentru cultele de tip șamanic (studiate minuţios de Mircea Eliade) ce se mai practică și azi mai ales de unele populaţii himalaiene. Se știe, că în cursul acestor transe șamanii efectuau bine cunoscutele lor călătorii în lumea cealaltă (atât de bine analizate de Petru Culianu). Există un document interesant care atestă practicarea transelor încă din Paleolitic. Astfel pe pereţii peșterii de la Lascaux (din Magdalenian) se află o scenă în care un șaman căzut în transă are o viziune terifiantă în timp ce sufletul său a părăsit corpul sub forma unei păsări. Șamanul nu este mort cum au susţinut unii căci este în erecţie ceea ce este imposibil în cazul unui cadavru dar prezent în stările de vis sau somn REM.

Istoria culturii ne aduce numeroase dovezi privind folosirea de halucinogene pentru realizarea stărilor de transă sau de meditaţie mistică ca și pentru unele activităţi oracolare (de ex. Pithia de la Delfi sau Sibila de la Cuma).

De asemenea primele consumări de droguri au apărut și odată cu folosirea empirică de plante medicinale. Știm astăzi că astfel de plante erau deja folosite de omul din Neanderthal, cum a precizat printre alţii Karen Hardy. Probabil că de atunci sau din Paleolitic au fost cunoscute efectele analgezice și calmante ale opiaceelor a căror utilizare este atestată încă din Neolitic. De atunci până în

zilele noastre aceste produse din Papaveracee au fost și sunt folosite nu numai în medicina empirică dar și în cea ştiinţifică.

Tot cu ajutorul unor produse vegetale oamenii au căutat să-și stimuleze activitatea. Sunt produse ca frunzele de coca sau boabele de cafea care au fost folosite ca mijloace de activare a tonusului psihic, de dinamizare a activităţilor cognitive la care destul de recent ˇs-au adăugat amfetaminele folosite iniţial pentru a menţine eficacitatea trupelor pe front, luciditatea studenţilor la examene și ca anorexice.

Din păcate toate aceste droguri au proprietatea de a genera și stări de plăcere. Omul dispune de un dispozitiv neurobiologie sau neuropsihologic, sistemul de răsplată, care generează astfel de stări de plăcere care stau la baza motivaţiilor hedonice umane. Așa că foarte repede folosirea unor droguri a fost comutată din domeniul ritualurilor magico-religioase și cel al medicinii în cel al goanei după plăcere.

Nu trebuie să uităm că unele droguri au fost de la început utilizate numai pentru capacitatea lor de a crea trăiri plăcute, cum ar fi de exemplu alcoolul a cărui consum a debutat poate în Paleolitic dar sigur în Neolitic sub forma de vin (cum o atestă vasul de la Haji Firuz Tepe) sau de bere (cum a demonstrat printre alţii Robert Braidwood). întreaga istorie a umanităţii ne arată că în toate timpurile și locurile oamenii au consumat pentru plăcerea lor băuturi alcoolice rezultate din fermentarea și distilarea unor fructe sau cereale.

Consumul de droguri strict pentru plăcere există deci de foarte mult timp dar în afară de folosirea alcoolului și mai târziu a cafelei și tutunului, el ˇs-a manifestat foarte discret, mai mult în cercul elitelor fără să fie o problemă medicosocială până prin 1960 când generaţia beatnicilor, care promovau o contracultură îndreptată împotriva valorilor și reperelor tradiţionale ale vieţii sociale a generat o adevărată revoluţie care a început în California (mai exact în Golden Gate Park din San Francisco).

Aceasta va genera mișcarea hippie ce va cultiva o vestimentaţie nonconformistă, muzica psihedelică rock, libertatea sexuală și consumul de droguri, acea cultură postmodernistă a discotecii. De atunci consumul hedonic de droguri (mai ales de droguri tari) a devenit o plagă a umanităţii și una din sursele de venituri principale ale crimei organizate și a poliţiștilor și magistraţilor corupţi.

Producerea stărilor afective plăcute, relaxante sau exaltante (uneori cu efecte creatoare chiar în domeniile literar și artistic) prin impactul moleculelor de drog asupra sistemului de răsplată din encefal, în special asupra neuronilor dopaminergici din aria tegmentală ventrală, este marea calitate prin care acestea ˟s-au impus. Din păcate crearea acestor stări prin „manipularea” receptorilor din creier cu ajutorul moleculelor respective devine nocivă cu timpul prin efecte negative asupra reţelelor neuronale (mai ales din lobul prefrontal) dar și asupra altor celule din alte organe (ficat, sistem cardiocirculator et[.) care pot antrena deteriorări biologice mergând până la moartea consumatorului. De asemenea pot determina tulburări de comportament care duc la distrugerea consumatorului din punct de vedere psihosocial ce pot face din el un rebut periculos pentru el și cei din jur. Fragilitatea fiinţelor umane faţă de droguri este o realitate antropologică inevitabilă determinată genetic în forme variate de la individ la individ, care a impus atunci când a fost conștientizată toate măsurile prohibitive ce au apărut un ultimele secole.

Lucrurile sunt însă mult mai grave, căci din cauza plasticităţii sistemului nervos drogurile produc modificări astăzi destul de bine cunoscute și persistente ale reţelelor neuronale și poate și ale sistemului nevrogliei. Acestea într-o primă fază determină o adaptare care duce la sporirea cantităţilor consumate pentru a obţine efectele hedonice scontate și apoi din păcate impune folosirea drogurilor doar pentru a evita penibilele, uneori groaznicele, trăiri produse de lipsa de drog. Manifestările sevrajului care depășesc planul pur al trăirilor psihologice

neplăcute și antrenează suferinţe biologice ce pot determina chiar moartea sunt una din faţetele cele mai dramatice ale consumului și dependenţei de droguri. Tot atât de grave cu efecte de cele mai multe ori letale sunt și supradozările care pot apare accidental sau voit în cadrul unor tentative de sinucidere sau de asasinat frecvente în universul trist al consumatorilor de droguri. La acestea trebuie să adăugăm frecventele infecţii (abcese, flegmoane, tromboflebite, dar mai ales contaminări cu virusul HIV (SIDA) sau al hepatitei C). Toate acestea dau consumului de droguri o dimensiune medicală dramatică.

Extrem de grav este și faptul că folosirea mai îndelungată de droguri determină o boală cronică neuropsihică {u substrat organic care se manifestă prin dependenţa de drog. Aceasta nu este o simplă tulburare de comportament expresie a lipsei de control a eului, sau a unei ștergeri a reperelor morale, nu este doar expresia unui proces cultural sau educaţional, ci este o boală propriu-zisă care necesită tratamente medicale complexe, și asistenţă psihologică nu sancţionare (privare de libertate, sau chiar execuţie). Adicţia este printre altele rezultatul implicării sistemelor mnezice din encefal (în special a hipocampului) în cursul trăirilor provocate de consumul de droguri. De aceea dependenţa nu mai trebuie să fie o problemă a organelor de represiune și de justiţie așa cum a fost privită până de curând. **Acuma în majoritatea ţărilor civilizate dependentul numai e considerat un infractor ci o victimă.** Prin esenţa ei adicţia aparţine antropologiei medicale și a unei forme anumite de medicină curativă și recuperatorii care necesită enorme eforturi profesionale și economice în care este necesar să se implice și societatea civilă. Nu este vorba numai de o solidaritate sau de un demers filantropic ci și de o înţelegere care presupune o schimbare de atitudine din partea societăţii faţă de foștii consumatori care numai trebuie să fie stigmatizaţi și marginalizaţi.

Din păcate, tratamentele de dezintoxicare și recuperare sunt încă dezasperant de puţin eficace pe

termen lung. Oricând fenomenul de *graving* și recăderile sunt posibile. De aceea este nevoie de eforturi continue, și de o mare răbdare. în plus se impun și eforturi atât în planul cercetării fundamentale cât și a celei aplicative pentru sporirea eficienţii demersului medical și a celui psihoterapeutic. ˇS-a ajuns chiar la o nouă filosofie potrivit căreia în unele cazuri nu trebuie să ajungem la un sevraj complet ci doar la o reducere acceptabilă a dozelor.

Ceea ce se neglijează este principiul mare al medicinii potrivit căreia **prevenţia este mai utilă decât tratamentul.** Prevenţia în cazul nostru presupune în primul rând diminuare sau eradicarea producţiei sau difuzării drogurilor ceea ce cade aproape exclusiv în domeniul organelor specializate ale statului. Dar prevenţia presupune și diminuare sau eradicarea cererii. Aci statul dar mai ales societatea civilă trebuie să intervină prin programe educaţionale la toate nivelele și prin crearea de alternative (cultură, artă, sport, călătorii etc). Din păcate această strategie este încă insuficient de înţeleasă și de susţinută.

Amploarea crescândă a consumului de droguri a devenit astăzi o problemă planetară unii considerând-o și o problemă de supravieţuire a speciei. Din nefericire oamenii politici și mediile de informare nu-i acordă în general prioritatea necesară. Aici intervin și presiunile grupurilor de interese căci producţia și comercializarea drogurilor este una din cele mai rentabile investiţii. Oricine știe ponderea importantă a comercializării băuturilor alcoolice și a tutunului în economia statelor moderne. De asemenea se cunosc state ca Perul, Columbia, Laosul sau Afghanistanul pentru care producţia și comercializarea drogurilor tari reprezintă o parte importantă a PIB-ului. La aceasta se adaugă inventivitatea traficanţilor pentru a scăpa de justiţie prin tehnicile de spălare a banilor și cele de corupere a autorităţilor. Nu se sfiesc să folosească cele mai grosolane metode de amăgire ca recentă inovaţie a produselor așa zise etnobotanice.

Această carte parcurge cu toate problemele legate de

consumul și dependenţa de droguri. Ea dă și unele soluţii. Să sperăm că efectele ei nu se vor limita doar la o informare a publicului dar și la mobilizare a lui pentru a participa activ la lupta împotriva acestui flagel.

Constantin Bălăceanu Stolnici

Membru de onoare al Academiei Române Președintele Centrului Internaţional Antidrog și pentru Drepturile Omului (CIADO)

Olivera Petrovich este membră a doua facultăţi din cadrul Universităţii din Oxford, la Departamentul de Psihologie Experimentală unde conduce cercetări empirice și predă cursuri de psihologie și la Facultatea de Teologie (Colegiul Wolfson) unde predă psihologia religiei. Cu o experienţă de peste 30 de ani la Universitatea din Oxford, proiectele domniei sale includ cercetarea psihologică a religiei în dezvoltarea umană pe tot parcursul vieţii și în diferite culturi, inclusiv Japonia; natura înţelegerii religioase și originea conceptelor religioase. în perioada 2008 – 2009 a coordonat cercetarea postuniveritară în domeniul psihologiei religiei a psihologului Mihai Copăceanu (Colegiul Balliol din Oxford).

Cuvânt înainte

Cartea lui Copăceanu este o contribuţie promptă și relevantă la o problemă tot mai arzătoare în multe părţi ale lumii – abuzul de substanţe.

Abordarea sa multidisciplinară pe această temă oferă potenţialilor cititori ceva de învăţat, reflectat și chiar de implementat în viaţa de zi cu zi, în funcţie de interesele lor profesionale și personale.

Copăceanu este bine plasat pentru a aborda acest subiect: programul său de masterat în dependenţă de la prestigiosul King3s Collège din Londra, precum și o înţelegere largă a unor domenii academice precum psihologia, teologia și educaţia conferă o autoritate semnificativă efortului care a dus la obţinerea titlului actual în societatea românească contemporană.

Ca atare, cartea promite să aducă cititorilor din diferitele domenii ale vieţii un subiect de reflecţie și de

dezvoltare ulterioară în moduri specifice nevoilor României, mai ales semnificative pentru tineri, a căror căutare a identităţii și a locului semnificativ în lume poate duce adesea pe calea abuzului de substanţe.

Psiholog Dr. Olivera Petrovich
mai 2018, Oxford

Cuvânt de bucurie

Mihai este o stea respectată în comunitatea psihologiei românești. L-am văzut vorbind la conferinţele din România exprimând încredere și o maturitate mult peste anii săi. Este bine documentat, devotat, inteligent și deschis spre noi moduri de gândire și învăţare.

Am condus Masteratul în dependenţă la Institutul de Psihiatrie (King3s Collège London) când Mihai mi-a fost student. De asemenea, am supervizat proiectul său de cercetare privind relaţia dintre doza de metadonă, atitudinea pacienţilor dependent de heroină și înţelegerea tratamentului. A elaborat cel mai bun proiect în anul său și a recrutat cei mai mulţi participanţi aproape 200 de pacienţi (nemaiauzit în timpul unui proiect de masterat – o dovadă clară a tenacităţii și capacităţii sale de a relaţiona extraordinar cu oamenii).

Este inteligent și foarte motivat. Știu că va susţine dezvoltarea psihologiei în România. Se descurcă bine cu pacienţii, cu personalul și are o dispoziţie generală fericită, dar serioasă.

Dr. Adam R. Winstock[1]

Despre Mihai

Mihai Copăceanu este unul dintre cei mai inteligenţi studenţi pe care i-am avut la Universitatea „Lucian Baga” din Sibiu. Apetitul cultural, curiozitatea ştiinţifică, spiritul critic, nervul, onestitatea și atitudinea civică la care se adaugă sensibilitatea inerentă copilăriei trăite în etosul spiritual rural și ambiţia sa de bănăţean sunt, fără îndoială, ingredientele unei deveniri intelectuale și publice

1 Adam R. Winstock este profesor la University College London, psihiatru, expert internațional în adicții, fondatorul Global Drug Survey, cel mai mare studiu anual în domeniul drogurilor din lume.

de succes. Dată fiind vârsta încă tânără, dar și urgenţa redactării unor articole, dictată adesea de factori evenimenţiali, din punct de vedere stilistic, formal, tehnic, scriitura lui e perfectibilă. Importante sunt deocamdată spiritul critic, nervul, curajul de a face vivisecţii ideatice pe viscerele unor cutume, convenţii, norme sau instituţii rutinate, profunzimea, luciditatea, simţul pluridisciplinar care transpar din toate textele pe care le semnează, fie că e vorba de discurs psihologic sau jurnalistic.

Vasile Chira, scriitor și filosof (Universitatea Lucian Blaga, Sibiu)

L Introducere

Drogurile și dependenţa de droguri sunt o problemă mult mai veche decât ne imaginăm. în 1378 emirul Soudon Sheikhouni al Arabiei a încercat să pună capăt abuzului de cânepă indiană în rândul sărăcimii, distrugând culturile de cânepă, închizându-i pe toţi mâncătorii de cânepă și poruncind să li se scoată dinţii celor condamnaţi? Balzac era dependent de cafea, iar Freud de ţigări, ceea ce i-a cauzat moartea.

Vom vedea în paginile ce urmează că drogurile au fost consumate și în epoci care se întind până în antichitate sau chiar paleolitic. Drogurile, cu toate că au o istorie destul de lungă au devenit interzise foarte târziu. în Anglia, cocaina a fost interzisă abia în 1916 (legea 40b).[2] în S.U.A. ˟din cauza efectelor ucigătoare asupra societăţii, Curtea Supremă a interzis farmaciștilor să mai prescrie droguri doar șase ani mai târziu. Heroina a fost interzisă în 1905, marijuana în 1925, amfetaminele în 1965, LSD-ul în 1966, cocaina în 1970 și Ecstasy (MDMA) în 1985.

Consumul de droguri este un fenomen social, antropologic, medical, politic, cultural și economic, ce a luat o amploare nebănuită la începutul acestui mileniu, iar tinerii români, cea mai vulnerabilă categorie, sunt lipsiţi de o informare corespunzătoare în ceea ce privește pericolul

2Sussman, Susan, A. (2008), *Drug abuse. Conception. Prevention.Cesation.,* Cambridge University Press

consumului de droguri.[3]

Oamenii consumă droguri cu o gamă largă de efecte psihoactive, fie că sunt stimulanţi, sedative, halucinogene, opiacee sau droguri cu acţiuni combinate. Stimulanţii conţin compuși care sporesc vigilenţa și reglează funcţia mentală, creând o stare de bine, precum cocaina, khat, amfetaminele și cafeina. Sedativele (alcoolul, eterul, barbituricele, tranchilizanţii benzodiazepinihalcion, Xanax, Ropypnol, Ativan) produc efecte opuse, induc somnolenţă, au efect de calmare, reduc timpul de reacţie și conduc la pierderea coordonării motrice. Pe de altă parte, halucinogenele (LSD, mescalina, ketamina, ayahuasca) au ca efect tulburarea percepţiei și deformarea unor simţuri.[4]

Psihologii consideră că cea mai vulnerabilă categorie expusă o reprezintă tinerii, mai ales elevii de școală, puberi și adolescenţi.[5] Conform unui studiu cantitativ realizat între 2013 și 2014, care a inclus 1.359 adulţi tineri cu vârsta cuprinsă între 18 – 30 ani (vârsta medie 22,67 ani) cu privire la motivele consumului de alcool, participanţii au raportat următoarele: au încercat pentru prima dată alcoolul datorită curiozităţii (67,8%), pentru a fi asemenea colegilor (17,9%), fiind influenţaţi de adulţi (6,5%), și din plictiseală (4,8%). Consumul de droguri este una din principalele cauze de probleme de sănătate și deces în rândul tinerilor din Europa. în ultimii 60 – 70 de ani cercetătorii, clinicienii, sociologii, antropologii au depus toate eforturile pentru înţelegerea, explicarea și tratarea dependenţei de droguri. Psihiatrul american Nesse calculase aproximativ 18.000 de articole dedicate

---

3 Baciu, Adina, *Aspecte antropologice privind influența drogurilor asupra tinerilor în societatea modernă,* Antropologie și Societate, colecția zilele Rainer, 2015, coord Andrei Kozina, Cristina Glavce

4 Linden, David J. (2014), *Busola plăcereii, de ce ne plac jocurile, mâncarea nesănătoasă, alcoolul, orgasmul și marijuana,* trad din engleză și note Loredana Maria Oprea, Ed. All, București p 45

5 Răşcanu, R. (2008), *Dependență și drog. Aspecte teoretice și clinice-ameliorative.* București, Editura Universității., p 93

consumului de droguri până la finalul anilor 1990.[6]

Cazul Maria

Maria, un adolescent de 17 ani, elevă la un colegiu din București, a fost trimisă la tratament de către părinţii ei, după ce a avut note mici și rezultate scăzute la materiile școlare fiind în situaţia de corigenţă și abandon școlar. în timp ce se afla acasă în vacanţa de la începutul acestui an, părinţii au găsit niște pastile în camera ei, dar au lăsat-o să se întoarcă la școală după ce a promis că nu le va mai folosi. Rezultatele școlare extrem de scăzute reprezintă doar o parte din motivul pentru care părinţii au decis ca ea să urmeze un tratament. Ei au fost îngrijoraţi cu privire la recenta ei pierdere în greutate, știind că sora ei mai mare ˇs-a luptat cu bulimia.

Maria le-a spus părinţilor că a început să consume marijuana, la vârsta de 15 ani, cu un văr. în primul an de liceu, ea a avut dificultăţi cu adaptarea la noile exigenţe școlare, cât și la noul cerc de prieteni. Cu toate acestea, în anul următor, ea ˇs-a împrietenit cu o trupă de muzică dance electronică, care a ajutat-o să-și definească o identitate proprie, ajungând să consume droguri precum Ecstasy, metamfetamină și alte halucinogene, împreună cu aderarea la idei noi despre politică, viaţa socială, muzică și artă. Ea și-a găsit prieteni din clasele mai mari cu idei comune cu care păstrează legătura alături de alţi amici din trupa de muzică din liceu.

În cadrul terapiei, Maria i-a spus psihologului că ea ˇs-a simţit mult timp neglijată de părinţii ei, care sunt prea interesaţi de lucrurile materiale. Pentru ea și anturajul ei consumul de droguri este o formă de răzvrătire împotriva atitudinilor materialiste ale părinţilor lor. De aceea, respinge atitudinea familiei ei. Ea a vorbit pe larg despre modalităţile de a achiziţiona și de a pregăti substanţe halucinogene relativ necunoscute, despre tipul de muzică pe care o ascultă în timpul consumului, și despre modul în care poate evalua calitatea drogului pe care îl consumă,

6 Nesse, R. (1994): An evolutionary perspective on substance abuse. Ethology and Sociobiology 15: 339-348.

respectiv marijuana.

Maria consideră că nu are o problemă cu consumul de droguri. Ea spune că notele slabe reflectă lipsa de interes faţă de liceu, pe care ea îl frecventează doar pentru că oamenii (părinţii) au aceste așteptări de la ea. Când a fost întrebată ce şi ar dori să facă, a răspuns că nu are niciun obiectiv clar definit, și vrea doar să facă „ceva cu arta sau muzica”. Maria ne-a mai zis că, spre deosebire de cei mai mulţi dintre colegii ei, nu consumă alcool și a încetat să mai consume droguri precum Ecstasy și metamfetamină, droguri responsabile pentru scăderea în greutate. Este convinsă că poate continua să fumeze *Salvia divinorum,* despre care declară că „nu este nici măcar ilegală”, sau să consume alte substanţe halucinogene. Salvia reprezintă o întreagă familie de plante dintre care face parte și menta însă doar Salvia divinorum are efecte halucinogene. Planta se consumă din pipe speciale deoarece fumul trebuie să fie cald pentru a avea efect.

Maria este de neclintit în privinţa păstrării prietenilor ei (anturajul), despre care spune că au susţinut-o foarte mult și nu sunt materialiști ca părinţii ei.

La o primă lectură a acestui studiu de caz se pot desprinde câteva idei esenţiale pentru cultura tinerilor din zilele noastre și anume:

O nouă cultură a drogurilor, a generaţiei tinerilor de astăzi, devine confirmată și prin acest exemplu. Culturile care prezintă într-o lumină pozitivă drogurile au o influenţă socială directă mult mai mare decât părinţii sau școala.

Multe dintre valorile centrale ale culturii drogurilor ilicite implică respingerea societăţii tipice și a valorilor culturale (așa-numita răzvrătire).

Relaţia dintre droguri și culturile de masă nu este unidirecţională. Cultura drogurilor poate avea efect asupra instituţiilor culturale de masă, în special prin intermediul muzicii, artei și literaturii, încă din anii 1920, când marijuana a devenit asociată cu muzica jazz, să creat o

legătură între muzică și unele tipuri de substanţe consumate.

1) Consumatorii adoptă „normativitatea” grupului deviant în care întreprind obișnuinţa (grup deviant, nonconformist, de multe ori antisocial), fapt ce îi va duce la inovaţii pentru soluţii de procurare a drogului, tentative de abstinenţă nefinalizate, obicei, boală.[7]

Deci, care este definiţia drogului și ce se înţelege prin drog? Un drog este o substanţă chimică, cu o acţiune farmacologică bine definită, folosit în diagnosticarea medicală, într-o cură de vindecare, în tratamentul sau prevenirea unor boli. Aceasta înseamnă că, spre deosebire de substanţele alimentare, drogurile medicale creează o schimbare predictibilă în funcţionarea corpului, cum ar fi o rată crescută a bătăilor inimii sau o schimbare a fluxului sângelui.[8] Pe scurt și oarecum anecdotic, o definiţie a drogului ar fi următoarea: orice substanţă care introdusă în corp produce efecte la nivel chimic. în ceea ce ne privește, prin droguri în sensul înţeles în cultura noastră, ne referim la substanţe faţă de care o persoană poate deveni dependentă sau poate dezvolta toleranţă. O persoană care este în prag de dependenţă înseamnă că se regăsește în situaţia dificilă de a renunţa la drog și are nevoie de consumul acelei substanţe pentru a obţine efectele dorite sau pentru a evita stările negative.

Dacă luăm doar exemplul dependenţei de alcool aceasta a suferit multe definiţii așa cum citim în tabelul de mai jos (după Keller și Doria, 1991) [9]

Anul	Evenimentul
1849	Termenul de alcoolism este „inventat” de Dr. Magnus Huss reprezentând o boală dată de consumul excesiv de alcool.

7 Răşcanu, R. *op cit, p 93*

8 Goldberg, R, (2016), Dependențele copiilor și tinerilor. Lupta pentru libertate, Ed Univers Enciclopedic, București, p 98

9 Keller M, Doria J: On defining alcoholism, Alcohol Health & Research World, 1991,15:253-259

1866	Dr. M. Gabriel, din Franţa, este primul care folosește acest termen în sensul modern, ca o boală manifestată printr-o pierdere a controlului consumului de alcool, ducând la consum în exces.
1882	Reverendul J.E. Todd publică eseul „Beţia un viciu, nu o boală” („Drunkenness a Vici, Not a Disease”) continuând dezbaterea dacă alcoolismul este o boală sau o problemă de morală, dezbatere care mai continuă și astăzi.
1933	Alcoolismul este trecut în „Nomenclatura și Clasificarea Standard a Bolilor” cu aprobarea Asociaţiei Medicale Americane și a Asociaţiei Psihiatrice Americane
1944	Alcoolismul este in „Manualul pentru Codificarea Bolilor” din SUA
1952	DSM-I definește alcoolis „adicţie” la alcool. Este vă tulburare de personalitat tulburare psihică nepsihotică.
1960	Jellinek definește alcoo „orice folosire a băuturilor alc produce daune individului, soc ambelor” și propune o clasifica subtipuri a alcoolismului, di primele două descriu boala subtipul „gamma” se referă la controlului consumului și „delta” se referă la incapacitat abţine de la băut (dorinţa – *gra* celelalte descriu „problemele băut”.
1967	Clasificarea Internaţio Bolilor, versiunea 8-a (ICD- extinde definiţia alcoolism cuprinde și problemele consumul de alcool. 1968 Statistic de Diagnostic (DSMII

	o nouă definiţie a alcoolismul pe ICD-8 și clasifică alcoolism categorii: una caracterizată c deci ca boală și celelalte excesiv” sau ca „problemă băutură”.
1968	Manualul Statistic de (DSM-II) prezintă definiţia alc bazată pe ICD-8 și clasifică a în trei categorii: una caracte adicţie, deci ca boală și ce „băut excesiv” sau ca „problem băutură”.
1972	Alcoolismul este inclus celor 14 boli psihice pen Feighner și colaboratorii primele criterii standardi diagnostic. Alcoolismul este s baza simptomelor de sevraj și control asupra consumului oda Alte criterii includ problemele legale, ocupaţionale și social consum.
1976	Consiliul Naţional al Alcoolismului SUA definește alcoolismul ca o boală constă într-o dependenţă patologică creștere a toleranţei la alcool.
1976	**Edwards și Gross publică în Bri Medical Journal descrierea sindrom clinic de dependenţă.**
1978	Apare ICD-9, în care termenul alcoolism este eliminat și este in sindromul de dependenţă precum și b patologică, sindromul de sevraj, deli tremens, halucinoza etilică, etc.
1980	Apare DSM-III care distinge două c nosologice ale alcoolismului: abuzul de a și dependenţa de alcool și introduce cri

	stricte de diagnostic.
1981	Cloninger, Bohman și Sigvard identifică două tipuri de alcoolism în fu de importanţa încărcăturii genetice: tip determinat de interacţiunea dintre me genetică și tipul I˘I determinat mai mul zestrea genetică.
1987	Apare DSM-III-revizuit în dependenţa de alcool are nouă criter diagnosticul necesită prezenţa a trei di acestea cu o durată de cel puţin o lună repetate de mai multe ori în timp. Abuzu alcool necesită simptome generale în lo simptome specifice.
1990	Societatea Americană de Medi Adictivă include factori genetici, psihol și ambientali și propune defin „Alcoolismul este o boală primară, cro influenţată în dezvoltarea și manifestări de factori ambientali, psihosociali și gene Boala este adesea progresivă și fatală. caracterizată de afectarea continuă periodică a controlului băutului, preocu legate de consum, folosirea alcoolulu ciuda consecinţelor adverse și distorsiu judecată, în special negarea acestora”.

1992	Apare ICD-10, în care se descriu subtipul de consum dăunător de alcool, sindromul de dependenţă și sevrajul, complicat sau nu.
1994	Apare DSM-IV unde descrierea abuzului de alcool este mai detaliată, iar criteriile pentru dependenţă sunt bine conturate cu specificarea dependenţei fiziologice

Consumul de substanţe psihoactive a început cu milenii în urmă, fiind cunoscute peste 6.000 de specii și plante cu proprietăţi psihoactive. Există diferite opinii cu privire la originea cuvântului „drog”. Unii autori consideră că ar proveni din cuvântul persan „droa” care înseamnă miros aromatic, alţii consideră că ar deriva din cuvântul evreiesc „rakab” – parfum, iar după alţii, la origine ar sta termenul olandez „droog” care desemna substanţele vegetale vândute de farmaciști. Acest fapt explică de ce pentru lumea anglo-saxonă, chiar și astăzi, cuvântul „drog” desemnează orice medicament comercializat prin farmacii, deci nu numai sensul de stupefiant.[10] în sens larg, prin droguri înţelegem cafea, ceai, coca cola, ciocolată, tutun. De-a lungul timpului, unele dintre substanţele numite droguri au ajuns să fie acceptate social mai ales datorită funcţiei sociale. Cafeina, de exemplu, este una dintre cele mai folosite substanţe din lume. în ţările occidentale, 80% dintre adulţi consumă în mod regulat băuturi care conţin cafeină, în principal sub forma cafelei și ceaiului”. Cafeina este consumată de copii sub forma băuturilor răcoritoare (Coca Cola, Pepsi, Red bull, cacao). Alcoolul se știe că acţionează asupra inhibiţiei generând o anume stare de bine, consumatorii se simt mai relaxaţi și mai îndrăzneţi. Consumul de tutun încă de la vârstele mici are un rol în integrarea de grup. Cu toate acestea, deși doar în unele state, alcoolul este interzis prin lege, el provoacă cele mai multe victime, după tutun, fiind totodată cauza cea mai răspândită de morbiditate.

LI. Drogurile – o problemă globală

Biroul Naţiunilor Unite pentru Droguri și Criminalitate a identificat problema majoră a drogurilor de pe fiecare continent, analizând cererile pentru tratament din aceste locuri. Din 1998 până în 2002, Asia, Europa și Australia au evidenţiat probleme majore cu dependenţa de opium, America de Sud predominant ˇs-a confruntat cu

10 Dănilă, Claudiu George (2010), Strategii terapeutice în consumul și dependența de droguri, teză de doctorat, Universitatea de Medicină și Farmacie „GR. T. Popa”, Iași, p 5

dependenţa de cocainã, pe când Africa a fost afectată de dependenţa de canabis.[11] în schimb, în America de Nord, dependenţa de droguri a fost relativ distribuită între opium, cocainã, canabis, amfetamine și alte narcotice. Oricum dincolo de aceste preponderenţe, într-o cantitate mai mare sau mai micã, toate tipurile de droguri sunt consumate pe toate continentele.

Spre exemplu, în 2006 recolta de mac opiaceu în Afghanistan reprezenta 92% din producţia la nivel mondial și depășea cererea globală cu 30%, totalizând 6.100 tone, veniturile din culturile de opiu urmând a atinge suma de 3 miliarde de dolari iar supraoferta masivă de heroinã nu a dus la scăderea preţului, ci la creșterea purităţii acesteia, ceea ce înseamnă mai multe decese datorate supradozei.[12]

Afghanistanul (cu aproximativ 156.000 ha/an) rămâne și până în 2015 cel mai mare producător ilegal de opiu din lume și majoritatea heroinei găsită în Europa se consideră a fi produsă acolo sau în ţările vecine, Iran sau Pakistan. De-a lungul timpului, producţia de opioide din Europa ˟s-a limitat la fabricarea artizanală de produse din mac în unele ţări estice. Descoperirea, în perioada 2013 – 2014, a doua laboratoare de transformare a morfinei în heroinã în Spania și a unui laborator în Republica Cehă, arãta însă că, în prezent, heroina ar putea fi produsă și în Europa.[13]

Potrivit UNODC, o altă ţară producătoare de opiacee este Myanmar (32.800 ha cultivate în 2005 și o producţie de 312 tone opium), Mexic (3.300 ha și o producţie de 69 de tone anual), urmată de Pakistan (61 de tone), Columbia (28 de tone) și Laos (cu 14 tone). Aproximativ 16 milioane de persoane (0,4% din populaţia globului, cu vârste

---

11 Goldberg, op cit, p 100

12 Drugs chief calls for extra resources to help NATO target Afghan opiu, Brussels, UNODC Press release, 12 September 2006, http://www.unodc.org/unodc/en/press_ re-lease_2006_09_12.html

13 Raportul European privind drogurile, Tendințe și evoluții (2016), Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA), p 22

cuprinse între 15 și 64 de ani) consumă opiacee. Două treimi din cererile de tratament din Asia și aproximativ 60% din cererile de tratament din Europa sunt pentru consumul de opiacee. Mai mult de jumătate din consumatorii de opiacee trăiesc în Asia.[14]

Cel mai recent raport mondial al situaţiei drogurilor estima în 2013 că 246 de milioane de oameni, adică 1 din 20, cu vârste cuprinse între 15 și 64, ani au consumat un drog interzis, ceea ce înseamnă o creștere cu 3 milioane faţă de anul precedent. **Autorii subliniază că, deși populaţia globului a crescut, consumul ilegal de droguri a rămas stabil.[15]**

Informaţii despre drogurile comercializate se pot obţine și de la Interpol. Astfel Interpol a raportat 4.000 de tone de canabis, cu cea mai mare cantitate consumată în Sudul Africii, Statele Unite ale Americii, Mexic și Europa Occidentală.[16] Aproape 150 de tone de cocaină sunt traficate în fiecare an în Europa și se estimează că aproape 6.600 de tone de opium au fost produse anual. Creșterea rapidă a traficului și consumului de droguri are un efect grav la nivel global asupra sănătăţii populaţiei. Organizaţia Mondială a Sănătăţii a identificat aproape 200.000

de decese datorate consumului de droguri în mod direct.[17]

Un grup de experţi americani numit, grupul Lewin în colaborare cu Institutul Naţional pentru Abuzul de Drog a estimat costul economic total al consumului problematic de alcool și droguri în Statele Unite ale Americii ca ridicându-se la 2.457 miliarde de dolari anual, din care

---

14 UNODC, WDR 2006, p. 74

15 United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E. 15.XI.6) http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

16 http://www.interpol.int/Public/Drugs/default.asp

17 http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2004/unisnar849.html

97,7 miliarde sunt cauzate de abuzul de droguri.[18] Un studiu al Biroului Casei Albe pentru Politica Naţională de Control a Drogurilor a identificat că, pe o perioadă de 8 ani, americanii au cheltuit 57,3 miliarde pe droguri dintre care 38 de miliarde pe cocaină, 96 miliarde pe heroină și 7 miliarde de dolari pe marijuana.[19]

Cu toate acestea, pieţele drogurilor ilegale sunt sisteme complexe de producţie și distribuţie care generează sume mari de bani la diferite niveluri. Printr-o estimare moderată valoarea pieţei cu amănuntul a drogurilor ilegale în Uniunea Europeană a fost de 24,3 miliarde euro în 2013. Cu o valoare estimată a vânzărilor cu amănuntul de 9,3 miliarde euro și reprezentând aproximativ 38 % din total, produsele pe bază de canabis deţin cea mai mare cotă a pieţei drogurilor ilegale din Europa. Urmează heroina, cu vânzări estimate la 6,8 miliarde euro (28 %) și cocaina, cu 5,7 miliarde euro. Amfetaminele ocupă o cotă de piaţă mai mică, estimată la 1,8 miliarde euro (8 %), mai mult decât MDMA – care aduce aproape 0,7 miliarde euro.[20]

Magnitudinea problematicii drogurilor la nivel mondial devine mai gravă când luăm în considerare faptul că 1 din 10 consumatori de droguri au o problemă cu consumul, fie suferă de tulburarea de consum de drog, fie este dependent de droguri. Aceasta înseamnă, 27 milioane de oameni, adică o populaţie a unei ţări mai mari decât România.

1.2. Drogurile în Europa și în România

Despre consumul excesiv de alcool în Europa se știe că este, în prezent, unul dintre cei șase factori de risc majori pentru moartea prematură, alături de tensiunea arterială, colesterolul, indicele de masă corporală, consumul redus de fructe și legume și lipsa de activitate

18 http://www.nida.nih.gov/drugpages/stats.html

19 Tammy, Saah (2005), The evolutionary origins and significance of drug addiction, Harm Reduction Journal, 2:8, p 1-8

20 EMCDDA, 2016, p 18

fizică.[21]

În anul 2010, consumul mediu global de alcool a fost de 6,2 litri alcool pur/capita, echivalentul a 13.5 grame alcool pur/zi. Un sfert din acest consum (24,8%) este neînregistrat, reprezentând alcoolul produs în gospodării, obţinut și comercializat în afara regimului guvernamental de control. La nivel global, 50,1% din băuturile alcoolice consumate sunt băuturi spirtoase.[22]

Consumul casnic de alcool este asociat cu riscuri importante asupra stării de sănătate datorită impurităţilor cu potenţial nociv și a contaminării necunoscute a băuturilor. Există nivele înalte ale consumului neînregistrat de alcool deopotrivă în regiunile cu nivele înalte ale consumului total de alcool și în ţările sărace și în curs de dezvoltare, unde nivelul consumului înregistrat de alcool este redus.[23]

Aproximativ 16% din consumatorii de alcool în vârstă de peste 15 ani declară că au experimentat episoade de consum excesiv de alcool (peste 5 pahare de băuturi alcoolice la o ocazie, cel puţin o dată pe săptămână). Organizaţia Mondială a Sănătăţii atenţionează asupra tendinţei de creștere a consumului de alcool la adolescenţii și tinerii din întreaga lume. în 71% din regiunile monitorizate de OMS se înregistrează tendinţe crescătoare stabile ale consumului de alcool la adolescenţi (persoane aflate sub limita minimă pentru consumul de alcool!) după o perioadă de supraveghere de 5 ani. Evaluarea tendinţelor consumului de alcool la populaţia tânără (18 – 25 ani) identifică 80% tendinţe crescătoare ale

---

21 Commission Européenne, 2007. http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants_style/nutrition/nutrition_ fr.htm în F. Rovillé-Sausse, Cristiana Glavce, Dynamiqued des comportaments et état nutritionnel des Adolescents Roumains: developpment d'un programme de cooperation scientifique Franco-Roumanie, Ann. Roum. Anthropol., 43- 44, P. 25-29, Bucarest, 2006-2007

22 Global status report on alcohol and health 2014, p. XIII http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

23 Global status report on alcohol and health 2011, p. 4-5

consumului.[24]

Europa este regiunea cu cel mai ridicat consum de alcool per locuitor din lume. Consumul de alcool produce 3.3 milioane de victime în fiecare an. Doar 62% dintre adulţi declară că nu au consumat alcool în ultimul an și 34% din ţările membre ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii au o politică naţională antialcool.[25]

În România, studiile cu privire la consumul de alcool și pentru determinarea unui profil de ţară sunt foarte puţine și contradictorii. Amintesc ESPAD (Anchetă în școlile europene privind consumul de alcool și alte droguri) și HBSC (Comportamente legate de sănătate la copiii școlari). Procentul cel mai ridicat pentru consumul de alcool este la bere (50%), vin (29%) și spirtoase (21%). în anul 2010, potrivit estimărilor OMS, bărbaţii români consumau 30,7 litri de alcool pur, iar femeile 10,9 litri de alcool pur. Cu privire prevalenţa episoadelor de intoxicare cu alcool (heavy episodic drinking), raportatea era pentru populaţia generală de 13,8% (bărbaţi), 1,7% (femei), iar pentru consumatorii de alcool cifrele erau mai mari: 18,7 % (bărbaţi) și 2,7% (femei). Cu privire la procentajul celor abstinenţi, abstinenţi pe viaţă: 7,6% (bărbaţi), 20,7% (femei), în cadrul foștilor consumatori care nu au consumat alcool în ultimele 12 luni, 18,7 % (bărbaţi) și 17,4 % (femei). Dacă ne uităm la prevalenţa tulburării de consum de alcool și dependenţa de alcool înregistrată în România avem un procentaj de 3,8 % bărbaţi și 1,1% femei, ceea ce este sub media regiunilor europene din Organizaţia Mondială a Sănătăţii, și anume 7,5%.[26]

Alcoolul este un agent dăunător care afectează o gamă largă de structuri și procese de la nivelul sistemului nervos central, care, prin acţiunea lor conjugată asupra personalităţii, comportamentului și așteptărilor socio-culturale, reprezintă factorul cauzal în vătămările

24 Idem, p. 4

25 http://www.who.int/gho/alcohol/en/

26 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/l/9789240692763_eng.pdf?ua=l

intenţionate sau neintenţionate care se produc atât asupra consumatorilor, cât și a celor din jur. Aceste răni și vătămări includ violenţa între persoane, suicidul, omuciderea și accidentele secundare consumului de alcool. Consumul de alcool este un factor de risc pentru comportament sexual periculos, boli cu transmitere sexuală și transmiterea infecţiei HIV.

Potrivit Raportului European din 2016, România, alături de Bulgaria și Grecia, aparţine uneia dintre cele patru rute de trafic a heroinei, numită ruta balcanică. Pentru dependenţa de heroină ca drog primar, România este una dintre ţările unde nivelurile consumului prin injectare depășește 90%, comparativ cu Spania unde procentul este de 11%. în consecinţă, inclusiv numărul de noi diagnosticări cu infecţie HIV rămâne la un nivel ridicat.[27]

Problema opioidelor în Europa rămâne un subiect central în cadrul analizei din 2016, reflectând impactul semnificativ pe care aceste droguri îl au încă asupra ratei mortalităţii și a morbidităţii. în prezent se observă o relaţie tot mai complexă între consumul de heroină și de opioide sintetice, însoţită de o creștere îngrijorătoare a estimărilor globale privind decesele asociate consumului de opioide.[28]

Revenirea MDMA ca drog stimulant obișnuit în preferinţele tinerilor ilustrează câteva dintre noile provocări pe care le prezintă piaţa actuală a drogurilor. Inovarea în ceea ce privește aprovizionarea cu precursori, noile tehnici de producţie și oferta online, toate par să determine o renaștere pe o piaţă caracterizată în prezent printr-o diversitate de produse. Sunt disponibile pudre, cristale și comprimate în doze mari, cu diverse sigle, culori și forme, existând dovezi de producţie la comandă și de marketing sofisticat și la ţintă.[29] Tot acest drog, MDMA, a

27 Raportul European privind drogurile, Tendințe și evoluții (2016), Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA), p. 61

28 Ibidem p. 5

29 Ibidem, pil

fost cel mai frecvent capturat în România și Turcia.

Se estimează că aproximativ 1 % din adulţii europeni sunt consumatori zilnici sau aproape zilnici de canabis. 16,6 milioane de tineri europeni (15 – 34 de ani) au consumat canabis în ultimele 12 luni. Deși, nivelul consumului diferă de la o ţară la alta, în general, în Europa, acesta nu indică o tendinţă de scădere, existând chiar semne ale unor creșteri.[30]

Cocaina este în continuare cel mai consumat drog stimulant ilegal din Europa, aproximativ 2,4 milioane de adulţi tineri (15 – 34 de ani) declarând că au consumat cocaină în ultimul an. Cocaina a fost indicată ca drog principal de 60.000 de pacienţi care au început un tratament specializat pentru dependenţa de droguri în 2014 și de 27.000 din cei admiși la tratament pentru prima dată.[31]

În ceea ce privește România, canabisul este și cel mai capturat drog, în anul 2015, capturile de canabis înregistrând 44,3% din cantitatea totală de droguri capturate. **Canabisul continuă să fie cel mai consumat drog în România atât în rândul populaţiei generale, cât și în cel al populaţiei școlare.**[32] Același Raport al Agenţiei Naţionale Antidrog publicat în 2016 arată că 8,1% dintre adolescenţii de 16 ani au experimentat consumul de canabis, 6,1% au consumat în ultimul an, iar 2,9% dintre ei au fumat marijuana sau hașiș în ultima lună. Prevalenţa consumului de canabis până la vârsta de 16 ani a fost de 10,3% în rândul băieţilor, faţă de 6,1% în rândul fetelor. Cea mai vulnerabilă grupă de vârstă pentru debutul consumului de droguri rămâne 15 – 19 ani. Cazuistica centrelor de tratament și a secţiilor de urgenţă înregistrează, de asemenea, creșteri în adresabilitatea la

30 http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2625/Highlights_EDR2016_RO_Final.pdf

31 Ibidem

32 Raport national privind situația drogurilor 2016, Agenția Națională Antidrog, p 33, http://www.ana.gov.ro/ rapoarte %20nationale/RN_2016.pdf

servicii pentru consumul de canabis.[33]

La nivel naţional, în anul 2015, au fost detectate 149 noi cazuri de infectare cu HIV/ SIDA la consumatorii de droguri injectabile, notificate de Compartimentul pentru Monitorizarea și Evaluarea Infecţiei HIV/ SIDA în România – ÎMBI „Prof. Dr. M. Balșau și au fost declarate 21 cazuri de decese asociate în mod direct consumului de droguri și 15 cazuri de decese indirect asociate consumului de droguri. Cred însă că cifra reală este mult mai mare.

În ceea ce privește prevalenţa pe regiuni ale ţării, datele din raport au arătat faptul că în toate regiunile ţării se consumă canabis, cu rate de consum mai crescute în București (3,8%), Transilvania (2,8%) și Oltenia (2,1%). Singura regiune în care ˇs-a înregistrat consumul de LSD a fost Transilvania (0,8%). Consumul de ecstasy a atins un maximum în București (1,3%), urmat de Transilvania și Oltenia. Pe primul loc la consumul de amfetamine ˇs-a situat Transilvania, cu un procent de 0,9%, urmată fiind de regiunea Bucureștiului (0,3%). în ceea ce privește cocaina, aceasta a fost consumată într-un procent de 1,9% în București, 0,7% în Muntenia, 0,3% în Oltenia și 0,2% în Transilvania. Prevalenţa de-a lungul vieţii a consumului de heroină a înregistrat un procent de 1% în București, urmat de Moldova cu 0,3% și Muntenia cu 0,2%.[34]

Drogurile în istorie

Studiile antropologilor, istoricilor și sociologilor, așa cum vom vedea în paginile următoare, nu au limitat consumul de substanţe psihoactive doar la o categorie socială de persoane dintr-o epocă anume. Există autori care explică consumul de substanţe dintr-o perspectivă evoluţionistă, de la teoria adaptării până la teorii despre asumarea de riscuri bazate pe teoria istoriei vieţii. Alţii oferă explicaţii mai mult psihologizate. Oricum, în timp consumul de droguri a fost integrat în viaţa socială și a avut legături cu preocupări majore ale fiinţei umane cum ar fi comerţul, războiul, dragostea, sexualitatea, medicina,

33 ANA,2016, p 66

34 http://www.ana.gov.ro

arta, muzica sau religia, imposibil de cuprins toate aspectele din istoria omenirii.

Modurile cele mai cunoscute de a consuma substanţele cu efect psihoactiv sunt ingerarea (ceai, alcool, cafea), fumatul (tutun, canabis), prizarea (cocaina, prafurile halucinogene folosite în bazinul Amazonului, amfetaminele și speed), mestecarea (coca, tutun, pituri, betel), înghiţirea (LSD, Ecstasy, Prozac) sau chiar injectarea intramusculară și intravenoasă în cazul heroinei începând cu mijlocul secolului al 19-lea după ce ˟s-a inventat seringa hipodermică. Există însă și alte metode folosite de azteci, vrăjitoarele din Europa sau popoarele din munţii Afghanistanului care foloseau preparatele psihoactive sub forma uleiurilor sau a unguentelor pentru masaj.

Hierobotanica este partea din botanică ce are ca scop studiul plantelor și al principiilor active din plante care se întrebuinţează în practicile magice, vrăjitorești și religioase. Chimistul român Ștefănescu[35] insistă asupra diferenţelor dintre efectele plantelor asupra indivizilor după cum urmează:

Stările speciale sunt obţinute prin acţiunea sinergică a mai multor principii active care, în cazul în care sunt administrate separat, au efecte diferite. De asemenea, fiecare individ reacţionează diferit în funcţie de o serie de factori;

1. Graniţa care delimitează acţiunea specifică a drogurilor de cea a principiilor psihotrope este foarte labilă, depinzând de o multitudine de factori ce fac obiectul studiilor farmacologice experimentale;
2. Cea mai mare parte a plantelor de vrajă nu dau obișnuinţă, dar absolut toate conduc cu timpul la o labilitate psihică, ceea ce nu este de neglijat.

Una dintre cele mai mari familii de plante cunoscute ca având efect halucinogen și care au fost folosite din vechile timpuri este familia Solanacee care crește mai ales în regiunile tropicale și subtropicale. 36 de genuri dintre

35 Ștefănescu, Paul (1994), *Plante de vrajă,* Ed AII, București, p. 2

cele 70 cunoscute, ce cuprind aproximativ 1800 de specii, se regăsesc doar în America de Sud. în Europa și în regiunea temperată din Asia cresc doar câteva specii, iar restul în America de Nord și mai ales în Africa. Solanaceele îşi datorează principalele lor proprietăţi existenţei unor alcaloizi, derivaţi din tropină. Cea mai cunoscută este Nicotină Tabacum (narcotică), apoi Solanum pseudo-Quina (antipiretică), Solanum crispum (tonică), Belladona, Hyosciamus Datura (stupefiant-midriatică).[36]

IL1. Paleolitic (epoca pietrei cioplite)

Originea consumului de droguri poate fi cunoscută încă din Paleolitic atât pentru efectele terapeutice (analgetice, sedative, hipnotice) cât și pentru diferite scopuri magico-religioase.[37] Dacă ne gândim la stilul de viaţă dur al populaţiilor din Paleolitic, prin prisma pericolelor, suferinţei foamei, a bolilor, a atacurilor animalelor de pradă, toate acestea au determinat crearea unei viziuni magico-religioase a lumii, un fel de animism primordial, cu forme de cult de tip șamanic.

Dovezile arheologice sugerează că *Homo sapiens* a folosit diferite substanţe psihotrope încă din preistorie. Cercetătorul american Michael Winkelman de la Departamentul de Antropologie (Universitatea de Stat din Arizona) susţine că oamenii Paleoliticului superior au avut un instinct înnăscut de a experimenta stări alterate de conștiinţă, prin utilizarea de substanţe psihotrope.[38] în acest sens, drept mărturii stau imaginile descoperite în peșterile din Franţa în care erau reprezentaţi șamani în transă.

În peștera „Leꓤ Trois Frères” (în Ariege, datată din

---

36 ibidem

37 Bălăceanu-Stolnici, C., Papari, C.A., Papari, A., Cozaru G.C., lomandescu I.B. (2012), *Tentație și dependență,* Ed. Fundației „Andrei-Șaguna”, Constanța, p 123

38 Winkelman, M. (2001) *Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: A shamanic approach.* International Journal of Drug Policy 12: 337-51.

epoca Magdaleniană, Paleoliticul superior) descoperită în 20 iulie 1914 de cei trei copii ai contelui Henri Bégouën și popularizată de cercetările întinse pe 18 ani ale abatelui Henri Breuil, apare un șaman în erecţie. Acesta este de o importanţă exemplară deoarece reprezintă doar una din cele 5 reprezentări din această epocă Magdaleniană ale organului sexual masculin (spre deosebire de reprezentările organului sexual feminin care sunt destul de frecvente). Autorii susţin că folosirea morfologiei peretelui accentuează caracterul ostentativ al sexului masculin a cărei formă și probitate confirmă că acesta este cu siguranţă a penisului în erecţie.[39]

A doua peșteră este cea de la Lascaux (Dordogne) unde șamanul stă culcat pe spate, cu băţul de ritual lângă el și o pasăre reprezentând sufletul său care călătorește în afara corpului. Faptul că șamanul este în erecţie dovedește că este viu și nu ar fi vorba de un cadavru. Deci, această imagine de circa 16.000 de ani este cea mai veche reprezentare a unui om în transă sub efectul unui drog halucinogen.[40] Prin deducţie am putea declara că șamanii utilizau droguri halucinogene.

În Neolitic, consumul de droguri capătă o nouă dimensiune odată cu schimbarea lui Homo sapiens sapiens, când populaţiile devin sedentare, domesticesc animale, inventează olăritul și îşi schimbă semnificativ alimentaţia, trecând de la religiile aniministe la cele politeiste. Drept urmare, oamenii încep să folosească plante în scop nereligios și nemedical pentru că tocmai în neolitic apare consumul de alcool când oamenii constată fermentaţia fructelor și a seminţelor. Astfel că primele atestări paleoarheologice se referă la recipientele de lut ars care conţineau reziduuri de vin, găsite în Georgia (Shulanen) în urmă cu 8.000 de ani și în nordul Iranului

39 Bégouën, Éric, Bégouën France Marie-Brune (2013), *New discoveries in the Sanctuary of Les Trois-Frères cave (Ariège),* Quartär 60,: 107-114

40 Bălăceanu-Stolnici, op cit, p 125

(Haji Firuz Tepe) în urmă cu 7.500 de ani.[41] în epoca bronzului se cunoaşte consumul de bere, atestat de o tăbliţă sumeriană descoperită în urmă cu 5.100 de ani, pe care era menţionată berea.

Cu privire la consumul de droguri, există și alte ipoteze evolutive precum cea susţinută de Hill și Chow, care consideră că utilizarea ancestrală a substanţelor psihotrope care modifică starea de conștiinţă crește succesul reproductiv în rândul bărbaţilor tineri, care au căutat să le folosească în mod activ.

Potrivit acestor autori, instabilitatea mediului este un factor cheie pentru aportul ridicat de alcool de către bărbaţii tineri. într-un mediu instabil, asumarea de riscuri precoce este orientată spre reproducere timpurie – o strategie eficientă din punct de vedere al costului.[42]

Există și o a treia ipoteză ce susţine că oamenii ancestrali au consumat substanţe psihotrope și alte substanţe modificatoare ale stării de spirit ca simple alimente. în timp ce societăţile occidentale moderne clasifică și conceptualizează drogurile ca produse nealimentare, acest tip de clasificare nu este în concordanţă cu comportamentele oamenilor din societăţile tradiţionale. De exemplu, nuca de betel[43] era mestecată de oamenii din Micronezia ca aliment încă din anul 2660 î. Hr, conform cercetării profesorului Elisa Guerra-Doce, de la Universitatea din Valladolid (Spania).[44] Ea a examinat o gamă largă de documente precum urme macrofosile ale plantelor psihoactive, reziduuri ale băuturilor fermentate, alcaloizi din obiective arheologice și reprezentări artistice.

---

41 Ibidem

42 Hill, E.M. & Chow, K. (2002), *Life-history theory and risky drinking.* Addiction 7: 401-13.

43 Fructul cărmos al palmierului areca (betel), o plantă tropicală ce crește în insulele Pacificului și sud-estul Asiei

44 Guerra-Doce, E. (2014). The Origins of Inebriation: Archaeological Evidence of the Consumption of Fermented Beverages and Drugs in Prehistoric Eurasia. Journal of Archaeological Method and Theory. DOI 10.1007/ S10816-014-9205-Z.

Cercetătoarea a găsit, de asemenea, pete roșiatice pe dintele uman care datează între anii 24002000 î. ˇHr., și care au fost excavaţi din site-ul din epoca bronzului Nu-i Nap în Vietnam. în acest caz, dinţii au fost coloraţi de nuci betel. Tot din cercetarea profesorului spaniol rezultă concluziile cu privire la atestarea istorică a drogurilor.

Cocaină (Frunzele de Coca) – Cele mai vechi dovezi ale frunzelor de coca de mestecat datează din America de Sud în urmă cu 8000 de ani. Rămășiţele de bucăţi de frunze de coca au fost găsite în etajele caselor din Valea Nanchoc din Peru, în rămășiţele umane dentare și în părul mumiilor.

Halucinogene (Un cacfus Pedro) – conţin substanţe chimice cu proprietăţi halucinogene fiind folosite în ceremoniile de vindecare de cei care trăiau în munţii din America de Sud, în primul rând în nordul Perului, conform aceleiași cercetătoare. Dar cele mai vechi dovezi ale cactusului din San Pedro au fost găsite în peștera Guiţarrero, în valea Callejón de Huaylas. Cercetătorii au descoperit polen și urme de cacfus în părţile peșterii care au fost ocupate mai devreme, care datează între anii 8600 și 5600 î. ˇHr. Și sculpturi mici de piatră numite „pietre de ciupercă”, găsite în Guatemala, Mexic, Honduras și EI Salvador sugerează că ciupercile halucinogene au fost folosite în cultele sacre între 500 î. ˇHr. ˇşi 900 î. ˇHr.

Alcool. Cea mai veche băutură alcoolică datează din 7.000 – 6.600 î. ˇHr. Reziduuri de băutură au fost găsite în cioburi de ceramică din satul vechi de Jiahu, în provincia Henan din China. Băutura a constat dintr-un amestec de orez, miere și struguri fermentate sau alte fructe.

Opium. Cele mai timpurii rămășiţe fosilizate găsite ale plantei opiu, care datează de la mijlocul mileniului al șaselea! ˇHr., au fost descoperite într-un sit din Italia la mai puţin de 20 de mile nordvest de Roma. Rămășiţele de capsule de seminţe de mac și urme de opiacee au fost descoperite în placa și oasele scheletelor umane datând din al 4-lea mileniu! ˇHr., împreună cu piese de artă preistorice care arată părţi din mac folosite în ceremoniile

religioase.[45]

În final, Nesse[46] este de părere că plantele care sunt natural psihoactive au reprezentat o atracţie pentru oameni mai mult accidentală decât intenţionată.[47]

IL2. Vechiul Testament

Arheologul Andrew Sherratt de la Oxford a lansat ipoteza potrivit căreia locuitorii unei prime aşezări neolitice a lumii, oraşul Ierihon, făceau comerţ cu substanţe medicale şi psihoactive uşor de transportat, nu cu produse alimentare voluminoase, dificil de transportat.[48] Mandragora a fost preţuită ca afrodiziac încă din vremurile Vechiului Testament, care o menţionează ca leac pentru sterilitate. în Geneza (30: 14 – 19), Rahila obţine de la Lia fructe de mandragora pentru a deveni fertilă şi a-i oferi lui Iacob al cincilea fiu. Textul este următorul:

Iar pe vremea seceratului grâului ˘s-a dus Ruben şi, găsind în ţarină mandragore, le-a adus la mama sa Lia. Rahila însă a zis către Lia, sora sa: „Dă-mi şi mie din mandragorele fiului tău!”

Iar Lia a zis: „Nu-ţi ajunge că mi-ai luat bărbatul? Vrei să iei şi mandragorele fiului meu?” Şi Rahila a zis: „Nu aşa, ci pentru mandragorele fiului tău, să se culce Iacov noaptea aceasta cu tine!”

Venind Iacov seara de la câmp, i-a ieşit Lia înainte şi i-a zis: „Să intri la mine astăzi, că te-am cumpărat cu mandragorele fiului meu!” Şi în noaptea aceea ˘s-a culcat Iacov cu ea.

Şi a auzit Dumnezeu pe Lia şi ea a zămislit şi a născut lui Iacov al cincilea fiu.

Atunci a zis Lia: „Mi-a dat răsplată Dumnezeu pentru

---

45 Ibidem

46 Randoph M. Nesse, Departamentul de Psihiatrie, Universitatea din Michigan

47 Nesse, R.M. 2002. Evolution and addiction. Addiction 97: 470-71.

48 Rudgley, Richard (2009), *Enciclopedia drogurilor,* trad Anacoana Mîndrilă-Soneetto, Paralela 45, Piteşti, P 9

că am dat bărbatului meu pe roaba mea". Și a pus copilului numele Isahar, adică răsplată.

Apoi a mai zămislit Lia încă o dată și a născut lui Iacov al șaselea fiu.

Tot în Vechiul Testament, în Cântarea Cântărilor a lui Solomon (7: 11 – 14), Sulamita îşi invită iubitul să meargă în ţara unde crește mandragora.

Hai, iubitul meu, la câmp, hai la ţară să petrecem!

Mâine hai la vie să vedem dacă a dat viţa de vie, merii de-au înmugurit, de-s aproape de-nflorit. Și acolo îţi voi da dezmierdările mele.

Mandragorele miresme varsă și la noi acasă sunt multe fructe vechi și noi pe care, iubitul meu, pentru tine le-am păstrat.

Se știe că efectul analgezic al plantei era utilizat în Palestina pentru a induce o transă narcotică profundă celor care erau răstigniţi. Cum mandragora este numită și morion, ˝s-a crezut ca buretele oferit lui Iisus când era pe cruce ar fi putut conţine vin de mandragora. în Antiohia, Constantinopol și Damasc au fost dezgropate mai multe exemplare de mandragora uscate, care fuseseră „cioplite" pentru a le da forma umană. Aceasta demonstrează cu certitudine că nu numai folosirea plantei este străveche, ci și dorinţa de a-i amplifica puterile magice prin modificarea formei.

Antropa belladonna

(Mătrăguna)

Cunoscută în România sub numele de mătrăguna (cireașa lupului, iarba codrului), această plantă crește mai ales în Europa centrală și meridională, în Asia occidentală, pe terenurile calacaroase și bazaltice și lizierele pădurilor. Numele de Belladonna (femeie frumoasă) i-a fost dat de Linnaeus în Species Plantarum (1753). Este o plantă cu tulpina dreaptă, rămuroasă, cu frunze mari, ovale, florile sunt în formă de clopot, lungulețe, colorate în exterior în violet și cu dungi brune. Este o plantă foarte toxică și ˝s-a folosit deseori cu scop vătămător, pentru otrăvire, în cantităţi mari provocând chiar decesul datorită

conţinutului de antropină și hiosciamină, regăsită mai ales în fructe și în rădăcină.

Nu există informaţii dacă a fost cunoscută încă din antichitate. Dar despre cunoaşterea efectelor ei în Evul Mediu există câteva descrieri. Denis de Rougemont întrebându-se ce drog se putea folosi în secolul al XII-lea pentru reţeta „elixirul dragostei” consumat de Tristan și Isolda, a indicat cornul secarei (Claviceps purpurea) ale cărui efecte seamănă cu cele ale LSD-ului, dar sunt fără îndoială mai puternic afrodiziace.

Despre efectele terapeutice se cunoaşte mărturia lui van Święten (1686) ca având proprietatea de a dilata pupilele. Nu departe, dramaturgul și poetul englez William Shakespeare într-un sonet o descrie pe Julieta, când trezindu-se în duhoarea cavoului, consumă mătrăguna pentru a-și diminua anxietatea:

Mirosul greu și scrâșnetul asemeni

Cu-al mătrăgunei smulse din pământ Ce înnebunește muritorii pe care îi atinge...

(Romeo și Julieta, IV, 4)

IL3. Cultura mayașă târzie

Arheologul dr. Stephan F. ˇde Borhegyi care a studiat îndeosebi cultura mayașă târzie, era convins că ritualurile cu ciuperci halucinogene constituiau un element central al religiei mayașe. El și-a fundamentat teoria pe identificarea unui cult al ciupercilor sculptate în piatră, ce a apărut în regiunea muntoasă din Guatemala și în regiunea de coastă a Pacificului, în jurul anului 1000 î. ˇHr., împreună cu un alt cult al trofeelor asociat cu Ôllamaliztli (un joc cu mingea din mezoamerica). z5

În majoritatea cazurilor, imagistica ciupercilor a fost conectată cu ritualul sacrificiului din Lumea de dincolo, transformarea în jaguar (protectorii șamanilor de spirite malefice, capabili să treacă pe tărâmul spiritelor și înapoi pe pământ) și încheierea unei perioade a calendarului, precum și cu decapitarea și reînvierea zeului Soare de către o pereche de zeităţi asociate cu planeta Venus. Ciupercile erau, de asemenea, strâns legate de Tlaloc și de

ritualul războiului ţinut în numele său, cunoscut și sub denumirea de războiul Tlaloc.[4950]

IL4. Egipt – studiul mumiilor

Cercetătorul german S. Balabanova alături de două colege susţineau într-un articol apărut în „Naturwissenschaften”[51] în 1992, că au fost descoperite urme de cocaină, hașiș și nicotină în 9 mumiile egiptene datate 1070 î. Hr-395 d. Hr. folosind păr, piele și mușchi prelevate din cap și abdomen.[52]

Toate ţesuturile au fost pulverizate și dizolvate în clorulă de sodiu, omogenizate și centrifugate, fiind măsurate prin metoda radioimunotestare (Merck, Biermann) și cromatografia cu gaz/spectrometria de masă (Hewlett Packard) denumită GCMS.[53]

Descoperirile au fost catalogate imediat ca improbabile deoarece despre două dintre substanţe se cunoștea că derivau numai din plante americane – cocaina din *Erythroxylon coca,* iar nicotină din *Nicotiana tabacum.* Studiul a făcut parte dintr-un program despre investigarea utilizării halucinogenelor în societăţile antice. Autorii înșiși au fost surprinși de descoperiri, dar au susţinut rezultatele în ciuda faptului că au fost mult criticaţi. Dintre cele nouă mumii evaluate, toate au prezentat urme de cocaină și hașiș (Tetrahydrocannabinol), în schimb numai una nu a fost testată pozitiv pentru nicotină. Concentraţia compușilor sugerează utilizarea în alte moduri, nu abuziv –

---

49 Șerban, Alexandra, Efectele consumului de droguri în preistorie: dezvoltarea limbajului, a conștiinței de sine și a religiei, https://www.historia.ro/sectiune/general/arti- col/efectele-consumului-de-droguri-in-preistorie-dezvolta- rea-limbajului-a-constiintei-de-sine-si-a-religiei

50 Idem

51 Balababova, S., F. Parsche, and W. Pirsig. (1992) First identification of dr ugs in Egy ptian mummies. Naturwissenschaften 79:358.

52 S. A. Wells, American Drugs in Egyptian Mummies, (University of California) http://www.faculty.ucr.edu/~leg-neref/ethnic/mummy.htm

53 Idem

de exemplu, dependenţă de droguri moderni prezintă adesea concentraţii de cocaină și nicotină în păr de 75 și, respectiv, de 20 de ori mai mari decât cele găsite în părul mumiilor.

Una dintre criticile acestei descoperiri a fost susţinută de Profesorul Rosalie David, prima profesoară în egiptologie din Marea Britanie care a lucrat timp de 30 de ani la Muzeul de Egiptologie din Manchester și care a susţinut că mumiile sunt false. Ea a făcut propriile investigaţii ştiinţice pe mumii inclusiv pe celebra mumie a Femeii celor două Pământuri (Henot Tawi) călătorind în München pentru a evalua ea însăși mumiile studiate de grupul de cercetători ai lui Balabanova, însă din motive de respect religios nu a avut posibilitatea de a analiza aceste mumii.[54]

Fără îndoială, studiul a stimulat interesul multora venind din varii domenii. Așa cum Balabanova prezicea, că, „rezultatele deschid un nou domeniu de cercetare ce dezvăluie aspecte ale stilului de viaţă din trecut dincolo de reconstrucţia biologică de bază”.

Totuși, alte studii au arătat aceleași droguri (cocaină, nicotină și hașiș) în mumii egiptene, confirmând rezultatele originale. Nerlich și alţi colegi cercetători, într-un studiu de evaluare a patologiei ţesutului unei mumii datând de la aproximativ 950 î. ˟Hr., a găsit compușii în mai multe dintre organele mumiei.[55] Ei au descoperit cele mai mari cantităţi de nicotină și de cocaină în stomacul mumiei, iar urme de hașiș în primul rând în plămâni. Aceste descoperiri au fost identificate din nou folosind atât teste radioimunologice cât și tehnici GSMS. Rezultate foarte similare au fost din nou găsite într-un alt studiu

54 Carte dedicată operei profesorului David și încercărilor de a integra persspectivele egiptologiei tradiționale cu tehnicile științifice analitice: Mummies, Magic and Medicine in Ancient Egypt: Multidisciplinary Essays for Rosalie David’ C. Price, R. Forshaw, P. Nicholson and A. Chamberlain (eds) Manchester University Press 2016.

55 Nerlich, A.G. et. al. (199) Extensive pulmonary hemorrhage in an Egyptian mummy. Virchows Archiv 127:423-429.

realizat de Parsche și Nerlich.[56] Din nou, rezultatele au fost obţinute cu ajutorul tehnicilor cromatografice.

IL5. Drogurile în Asia preistorică

Conform unui raport din 2008,17 cercetători din China, conduși de neurologul Ethan Russo, au descoperit aproape 500 g de marijuana, veche de 2700 de ani, „cultivată în scopuri psihoactive" în Deșertul Gobi, o zonă localizată în sudul Mongoliei (Xinjiang): „Aproape 500g de materie vegetală încă verde a fost găsită în mormântul vechi de 2.700 de ani al unui bărbat cu părul deschis, ochi albaștri, caucazian, în Deșertul Gobi și a fost identificată ca fiind *cea mai veche rezervă de marijuana din lume",* conform Journal of Experimental Botany.[57]

Cercetătorii, cărora le-au trebuit vreo 10 luni până să transfere probele din China în Anglia, au făcut analize genetice și datare cu Carbon identificând mari cantităţi de THC. Dar nu au putut determina dacă canabisul a fost fumat sau îngerat deoarece nu au găsit nicio pipă sau alte instrumente în mormântul șamanului de aproximativ 45 de ani.

O serie de teste arată că marijuana poseda proprietăţi psihoactive mari și pune la îndoială teoria conform căreia anticii cultivau cânepa numai pentru a face îmbrăcăminte, frânghii și alte obiecte. Este posibil ca omul să fi fost un șaman dar rămâne necunoscut faptul dacă marijuana era crescută pentru scopuri spirituale sau medicale. Substanţa a fost găsită, de asemenea, și în două dintre cele 500 de morminte Gushi descoperite până acum în nord-vestul Chinei.24

În sfârșit, în Oaza Merv, la vest de Urumehi (China), există un complex religios ce datează din cel de-al doilea mileniu! ˇHr. în cea mai importantă încăpere, „Camera Albă", există vase de depozitare ce conţin urme de mac și

---

56 Pa rsche, F. (1993) Reply to „Respond ing to 'First identification of drugs in Egyptian mummies'". Naturwissenschaften 80:245-246.

57 Russo, Ethan et al (2008), Phytochemical and genetic analyses of ancient cannabis from Central Asia, Journal of Experimental Botany, Vol. 59, No. 15, pp. 4171-4182

efedrină. Se pare că derivatele obţinute din mac erau atât de puternice încât efedrina era folosită pentru ca șamanul să nu îşi piardă cunoștinţa.

Drogurile în America precolumbiană

Locul de origine al majorităţii și celor mai importante plante magice este America Centrală. Drogurile magice aveau o mare importanţă în culturile indiene din Mexic. Cronicile spaniole care au venit la puţin timp după cucerirea Mexicului de Cortez (1521) menţionează că exista un număr mare de plante cu efecte ameţitoare, de stimulare sau narcotice, iar aceste plante erau necunoscute în Lumea Veche și erau utilizate de indieni atât în timpul practicilor medicale, dar și în ceremoniile religioase.

Trei droguri magice erau folosite de azteci și de triburile vecine în ceremoniile religioase și practicile medicale care erau puternic influenţate de concepte magice. Aceste droguri sunt folosite și astăzi în aceleași scopuri de „doctorii vrăjitori" în zonele izolate din Mexic: peyotl, o specie de cactus, teonanăcatl, o ciupercă și ololiuqui, seminţe de volbură.[58]

Cartwell și colaboratorii săi în anul 1991,[59] utilizând o metodă de radioimunotestare au detectat metaboliţi de cocaină în părul mumiei precolumbiene din America de Sud. în studiul său, două din cele opt mumii analizate au arătat metaboliţi ai cocainei. Toate probele testate au fost confirmate de un laborator separat (Psychomedics Corporation, Santa Monica, California) folosind geMS. Cele două mumii testate pozitiv au fost din Valea Camarones din nordul Chilelui. Artefacte precum și mumii la acest sit au fost tipice culturii încă. O credinţă de comun acceptată este aceea că plantele psihotrope au existat de-a

58 Șerban în *op cit,* Historia

59 Cartmell, L.W., A.C. Aufderheide, A. Springfield, C. Weems, and B. Arriaza 1991 The Frequency and Antiquity of Prehistoric Coca-Leaf-Chewing Practices in Northern Chile: Radioimmunoassay of Cocaine Metabolite in Human Mummy Hair. Latin American Antiquity 2: 260-268.

lungul istoriei evoluţiei. Dovezile arheologice au indicat prezenţa plantelor psihotrope și a consumului de droguri în civilizaţia veche la speciile hominide în urmă cu aproximativ 200 de milioane de ani. în urmă cu 13.000 de ani, locuitorii din Timor consumau *Areca catechu* (nucă) așa cum făceau cei din Thailanda în urmă cu 10.700 de ani.

La începutul colonialismului european aboringenii din Australia consumau nicotină din două surse indigene: planta pituri (Duboisia hopwoodii) și Nicotiana gossel. Aboringienii străbăteau distanţe mari uneori chiar sute de kilometri pentru a-și cultiva planta favorită, pituri.[60] Americanii din Nord și Sud consumau nicotină din planta lor indigenă N. ˟tabacum și N. Rustica. Etiopienii și Africanii de nord foloseau Catha edulis, o plantă similară khatului de azi (efedrina) înainte de colonizarea europeană.

Cocaina *(Erythroxylum coca)* a fost consumată de ecuadorieni în urmă cu 5.000 de ani și de indigenii din Anzii de Vest în urmă cu 7.000 de ani. Aceste substanţe erau administrate prin cavitatea bucală. Deși metoda orală este cea mai des întâlnită totuși locuitorii din America și-au administrat substanţe prin căi nazale, rectale sau fumând.

Frunzele de coca au fost folosite în toate culturile sud-americane precolumbiene pentru acţiunea lor energizantă, euforizantă și afrodiziacă care era atribuită unei intervenţii magice. Pe de o parte au fost folosite de șamanii din munţii Anzi pentru efectuarea călătoriilor în lumea de dincolo, șamani care practicau un cult Zeiţei Mame și Zeului Soare, dar au fost folosite și în scop medical pentru a crea stări de euforie. Mult timp se pare că au devenit un important și scump produs agricol, fiind folosite uneori și ca monedă.[61]

Când Biserica Catolică a ajuns în regiunea Anzilor, consumul de coca a fost interzis fiind văzut ca o formă de

60 Rudgley, op cit, p 9

61 Bălăceanu-Stolnici, op cit, p. 136

magie păgână. Mai târziu, sub Filip al II-lea al Spaniei (1556 – 1598), cunoscând și valoarea economică a acestei practici, consumul de coca a fost autorizat și plantaţiile au devenit o afacere prosperă, Biserica pretinzând o zeciuială (10%) din veniturile realizate din vânzarea frunzelor miraculoase.[62]

Multe civilizaţii indigene au perceput plantele psihotrope ca o sursă de hrană și nu ca o substanţă chimică externă care să modifice homeostazia internă.[63] Efectele percepute de aceste grupuri erau toleranţa la fluctuaţiile termice, creșterea energiei și scăderea oboselii. Totodată plantele erau folosite ca resurse de hrană care conţin vitamine, minerale și nu ca substanţe psihotrope recreaţionale inducătoare de halucinaţii.

Orientul Apropiat

Charles Baudelaire *(Les Paradis artificiels,* 1860) amintește despre diverse „dulceţuri de hașiș", uzuale în Algeria, Egipt și Arabia, care conţineau pe lângă alte ingrediente și un pic de cantaridină.[64] Datorită prohibiţiei alcoolului, consumul de stimulente la mahomedani a crescut nemăsurat.

În 1928, la Damasc, un călugăr capucin cu abilităţi medicale, pe nume padre Tomaso, îi recomandă o cantitate de mare de cantaridină, pe post de afrodiziac, unui aurar creștin care urma să se căsătorească. Acesta se simţea într-atât de vlăguit din cauza plăcerilor sexuale lipsite de cumpătare încât îi era teamă că nu-și va putea îndeplini datoria conjugală din noaptea nunţii. însă magiunul de cantaride pe care i-l recomandase călugărul în loc să producă efectul dorit, îi pricinuise mirelui dureri insuportabile. Chemat în ajutor, spiţerul sas Honingsberger i-a administrat remediul său favorit: pilule de opium și camfor.[65]

---

62 Ibidem

63 Sullivan RJ, Hagen EH (2002), *Psychotropic substance-seeking: evolutionary pathology or adaptation?* Addiction, 97: 389-400

64 Oișteanu, op cit, p 302

65 Honigberger, Johann Martin (2004), Treizeci și cinci de ani în

Drogurile în Africa

Africa este una dintre părţile lumii care a primit foarte puţină atenţie din partea cercetătorilor, unii ajungând la concluzia că nici nu sunt prea multe de descoperit. în 1658 există însemnări în jurnalul primului guvernator al unei așezări olandeze de la Capul Bunei Speranţe, Jan van Riebeeck, care amintea de folosirea unei pulberi ce provoca o stare de beţie, o pulbere obţinută probabil din *Leonotis leonorus,* plantă a cărei frunze erau iarăși fumate separat sau împreună cu tutunul.[66]

Bulbul halucinogen al plantei *Boophane disticha* a fost folosit de tribul basuto din Africa de Sud, dar și în Zimbabwe, în riturile de iniţiere masculine pentru că ajuta la comunicarea cu strămoșii cât și ca otravă pentru săgeţi sau metodă de sinucidere. O altă plantă numită *niando (Alchornea floribunda)* era consumată pentru proprietăţile afrodiziace, stimulatoare și narcotice.[67] Redau mai jos mărturia unui erudit care a încercat pe propria piele efectele rădăcinii *Talpei Diavolului,* din ţinutul Ubangi (nordul Zairului): *chiar de la primul fir de fum, creierul și imaginaţia mi-au scăpat de sub control. Un nor gros, negru mi se învârtea în faţa ochilor. în acest nor pândea tot ce există oribil, monstruos și incredibil de putred în univers, o groază paralizantă a pus stăpânire pe mine, tulmultul din creierul meu era atât de puternic, încât eram sigur că va plesni ceva. îmi auzeam vocea ca de la mare distanţă, parcă nici nu era a mea, am dat buzna afară, în aer liber, strălucirea atotputernică a soarelui a răzbătut prin norul diabolic de teroare. Treptat, negura ˇs-a împrăștiat și calmul și raţiunea au revenit.*[68]

Popoarele din Africa, Asia și Europa preparau deja alcoolul din fructe, seminţe și din laptele mamiferelor. Datele arheologice atestă faptul că încă din perioada târzie

---

Orient, traducere de Eugen Ciurtin, Ciprian uu și Ana Lupașcu, Polirom, Iași, în Oișteanu *op cit, p 303*

66 Rudgel, op cit, p 17

67 Ibidem

68 Plante psihoactive din Africa în Rudgel op cit p 43

a preistoriei și începuturile timpurilor istorice exista un comerţ dezvoltat cu alcool, atât în bazinul mediteraneean (numeroase vase pentru vin au fost descoperite în resturile de la naufragii), cât și în China (astfel de vase au fost găsite în locurile de înmormântare).

Opiul era folosit în Europa ca medicament încă din 1550. în secolul 17 era foarte popular laudanumul (tinctură de opiu), folosit ca somnifer, anestezic sau calmant al durerilor de dinţi, migrenelor, durerilor menstruale sau colicilor abdominale la sugari.

Mulţi au crezut că opiumul a fost descoperit și lansat din China, ceea ce este fals. Opiumul a ajuns în China din Europa și Orientul mijlociu în două valuri: unul medieval (aprox 400 d. Hr.) având un caracter preponderent medical prin negustorii arabi premusulmani și altul prin navigatorii portughezi în secolul XVI-lea, care au introdus fumatul distractiv al opiumului.[69]

Într-un text medical, *Papirus Ebers,* din anul 1552 î. ˟Hr. se recomanda opiul ca adjuvant pentru a induce copiilor somnul. O metodă era să se ungă cu opiu sfârcurile mamelor care alăptau.[70] La Roma se știa că Marc Aurelius era un consumator de opiu, îşi începea fiecare zi chiar și în timpul campaniilor militare, dând pe gât un pahar cu vin în care era dizolvat un grăunte de opiu. Drept dovadă sunt scrierile lui Galen care sugerează că împăratul roman era dependent. Ulterior în Imp˟eriu, planta de mac a devenit simbolul Romei și a fost imprimată pe monezi, inscripţionată pe temple și introdusă în practica religioasă. Până la recensământul din 312 d. Hr., opiul putea fi procurat din 793 de prăvălii din Roma, iar taxele puse pe vânzarea lui constituiau o sumă substanţială din totalul veniturilor pentru împărat.[71]

În secolul al XVII-lea medicul Thomas Sydenham, fondatorul epidemiologiei, numit Hipocratele englez, a

69 Bălăceanu, op cit, p 132.
70 Linden, op. cit. p 35
71 Ibidem

creat formula laudanum-ului,[72] care a stat mai târziu la baza toxicomaniei multor artiști și scriitori romantici precum Thomas de Quincey. Marea glorie a opiumului a fost în secolul al XIX-lea, când drogul devenise obiect al mizelor internaţionale complexe care au adus faţă în faţă mai ales Marea Britanie și China: aceste animozităţi au constituit grăuntele războaielor opiumului. Dându-şi seama de urmările dezastruoase ale consumului de droguri, împăratul Chinei, Daoguang, interzice consumul de opiu, arestează și execută traficanţii, distruge depozitele, ruinând comerţul din Bengal. Drept urmare Anglia atacă China și învinge după trei ani de lupte (1839 – 1842). în acest timp în Anglia victoriană consumul de opium devine frecvent chiar la nivelul elitelor londoneze.[73] Iată ce scria naturalistul englez Modercai Cooke la 1860: *răsfăţul cu opiu este, în cele din urmă, foarte ne-englezesc, iar dacă ne fumăm pipele noastre de tutun, în timp ce ne aflăm printre nori, nu ne putem abţine să ne exprimăm uimirea faţă de chinezi și faţă de alţii, care se lasă în voia opiului. Toţi cei care au o predilecţie pentru alte narcotice decât acelea care îl desfată pe Johnny Englishman, să vină la mine să-și ia porţia de dispreţ" 1*

În Europa, opiofilia ˟s-a dezvoltat în cercurile artistice și medicale. în Marea Britanie, unde acesta sosea în cantităţi mai mari decât oriunde altundeva (coloniile britanice din Indiile Orientale erau un centru major de producţie), farmaciștii vindeau acest drog fără limite. Se găsea opium în cafenele și în spiţeriile de la periferie, iar muncitorii recurgeau la el pentru a-și alina sărăcia, într-un univers industrial în plină mutaţie. Se spunen că opiumul era de multe ori mai ieftin ca ginul. în această epocă, medicina generală recurgea la un alcaloid izolat din opium, morfina. Opiofagia terapeutică a scăzut dar, datorită cuceririi Indochinei de către francezi și fascinaţiei pentru Extremul Orient, utilizarea opiumului fumat ˟s-a răspândit rapid în mediile militare și artistice. Fumeriile de opiu se

72 https://www.britannica.com/biography/Thomas- Sydenham

73 Bălăceanu-Stolnici, op. cit. p 13

înmulţiseră în Franţa, înainte de primul război mondial, opiumul fiind de multe ori mai ieftin decât băuturile spirtoase.[74]

În 1855, chimistul Gaedcke a obţinut, prin distilarea unui extras din frunzele arborelui de coca, cristalele unei substanţe pe care a numit-o eritroxilină. Patru ani mai târziu, austriacul Von Scherzer a prezentat la Viena frunzele de coca, pe care le-a oferit unui chimist de la Universitatea din Gottingen, Friedrich Wohler. Acesta, la rândul lui, le-a încredinţat unui student, Albert Niemann (1834 – 1861). Plecând de la acest material, studentul a izolat și apoi a purificat cocaina în 1860. Niemann a dispărut la scurt timp, iar unul dintre colegii lui, Wilhelm Lossen, care a elucidat formula brută a cocainei și a publicat-o în 1865, a dovedit că era vorba de un alcaloid.[75]

43 Ibidem

Marijuana

Marijuana sau canabisul reprezintă cel mai frecvent drog ilicit utilizat în lume și mult mai periculos decât cred majoritatea consumatorilor de droguri. Periculozitatea acestui drog și faptul că a crescut numărul consumatorilor în timp ce a scăzut vârsta la care se începe consumul sunt importante semnale de alarmă. Marijuana se produce din planta numită *Canabis Sativa,* cultivată pentru proprietăţile ei psihoactive cu mai mult de 2000 de ani în urmă. Canabisul conţine peste 400 de substanţe, dar principalul stimulent al creierului este THC (delta 9-tetrahydrocannabinol). Puterea de acţiune a drogului este determinată de concentraţia de THC care variază în funcţie de mai mulţi factori precum soiul plantei, climatul, solul sau timpul de recoltare. Culturile actuale au ajuns să producă o plantă cu un procent de 4 – 7 ori mai mare de THC decât aveau culturile din anii 1975, iar concentraţia din hașiș, o rășină extrasă din florile plantei, este de 5 – 10 ori mai mare ca cea din cânepa crudă.

---

74 Dănilă, Claudiu George (2010), Strategii terapeutice în consumul și dependența de droguri, teză de doctorat,

75 Universitatea de Medicină și Farmacie „GR. T. Popa”, Iași, p6

Dovezi despre cânepa indiană avem în scrierile chinezești. THC-ul a fost identificat în organele interne ale unei mumii egiptene datând din aproximativ 950 î. ˇHr. Abia în jurul anului 1.000 d. Hr. utilizarea plantei de canabis ca narcotic ˇs-a răspândit în regiunea mediteraneeană estică, iar exploratorii europeni ˇs-au întors cu povești fascinante despre efectele hașișului.[76]

Tot din China ˇs-a răspândit în India, fiind citată în Atharvaveda (cea. 1500! Hr) ca o plantă sacră din care se fac băuturi rituale în cinstea zeului Shiva.[77] Trecând prin stepele eurasiatice, a ajuns la sciţi, care au răspândit-o la traci, geto-daci (unde este menţionată de Herodot), dar și la popoarele germanice din nordul Europei.

Drogurile

— O PERSPECTIVĂ ANTROPOLOGICĂ

Abuzul de droguri este un fenomen complex cu implicaţii sociale, culturale, biologice, geografice, istorice, economice, spirituale și antropologice. Despre o abordare trasdisciplinară a acestui fenomen am scris într-o revistă internaţională, idei ce vor fi redate aici.[78] Antropologii moderni iau în considerate în influenţele consumului de droguri inclusiv fenomenul industrializării, al urbanizării și al migraţiei care au dus la pierderea metodelor tradiţionale de control social făcând individul să fie vulnerabil la stresul și la viaţa modernă. Introducerea drogurilor sintetice și a drogurile intravenoase, infecţia cu virusul HI V/SIDA, mai ales în statele din nord-estul Indiei, a adăugat o nouă dimensiune problemei drogurilor. Desigur, consumul, abuzul și dependenţa de substanţe sunt influenţate și de caracteristici ale personalităţii individului,

---

76 Kuhn, Cyntia, Swartzwelder, Scott, Wilson, Wilkie (2014), *Tripat ce trebuie șă știi despre droguri? De la alcool la ecstasy,* traducere de Teodora Nicolau, Ed Trei, P 240

77 Bălăceanu Stolnici, op cit, p 128

78 Copăceanu, M., Bălăceanu-Stolnici, C. (2018), A Theoretical Transdisciplinary Approach to Drug Use: History, Anthropology and Culture, TheATLAS, Transdisciplinary Journal of Engineering & Science Vol. 9, pp. 3-11, 2018

ale mediului apropiat, deci de aspecte individuale.

Din punct de vedere antropologic, contextul social este un factor care poate modifica efectul unui drog în ciuda toxicităţii chimice. Și aici se poate isca o întreagă dezbatere între psihologii sociali și neurobiologi. Să luăm cazul consumului de canabis.

Într-un studiu, participanţilor dintr-un grup li ˇs-a spus că vor fuma un tip de canabis foarte puternic, iar participanţilor din cel de-al doilea grup li ˇs-a spus că li se va da să fumeze un tip de canabis foarte slab. De fapt ambelor grupuri li ˇs-au oferit să fumeze același tip de drog. însă rezultatele au fost diferite. Astfel, primul grup a înregistrat rate subiective considerabil mai mari de euforie dar și timpi de reacţie mai reduși și o necoordonare a mișcărilor mai intensă, măsurată printr-un test de precizie.[79]

Și atunci ne întrebăm: să fie oare adevărată concluzia regretatului profesor emerit de la Londra, Griffith Edwards (pe care am avut bucuria să-l cunosc la cursuri), cum că multe dintre lucrurile pe care le provoacă drogurile în minte se află deja în minte?”[80]

Revenind la antropologie, până la începutul anilor 1970 „antropologia nu a dezvoltat încă o tradiţie explicită a cercetării drogurilor, în special în ceea ce privește abuzul de droguri”.[81] Studiul consumului de droguri nu a fost tratat ca o arenă foarte venerată a cercetării antropologice. în parte, acest lucru se explică pentru că antropologia căuta să înţeleagă mai degrabă comportamentul normativ în diferite contexte culturale decât ceea ce a ajuns să fie numit un comportament

79 Linden, David J. (2014), *Busola plăcereii, de ce ne plac jocurile, mâncarea nesănătoasă, alcoolul, orgasmul și marijuana,* trad din engleză și note Loredana Maria Oprea, Ed. All, București p 45

80 Edwards, G. (2004), *Matters of Substance: drugs-and why everyone's a user.* P.xix. Thomas Dunne Books/St. Martin's Press.

81 Bennett L., Cook P. (1996), *Alcohol and drug studies.* In: Sargent C., Johnson T., editors. Handbook of Medical Anthropology: Contemporary Theory and Practice. Westport, CT: Greenwood Press; p. 250-251.

deviant în sociologie.[82] în plus, antropologia a fost orientată spre o perspectivă funcţionalistă, care a îndreptat atenţia cercetătorilor asupra modului în care au fost integrate părţi ale unei culturi și cum se consolidează reciproc. O consecinţă, după cum Bourgois constată în cartea sa[83], este că, istoric vorbind, antropologii au evitat abordarea subiectelor tabu, cum ar fi violenţa, abuzul sexual, dependenţa, înstrăinarea și auto-distrugerea.

De-a lungul anilor 1970 acest lucru a început să se schimbe, sub influenţa mai ales a revoluţiei drogurilor și a expansivităţii semnificative a numărului de persoane care raportau consumarea drogurilor în Occident precum și prin concentrarea antropologică crescândă asupra societăţilor occidentale și aplicarea antropologiei în abordarea problemelor sociale.[84] De asemenea, esenţial pentru creșterea accentului antropologiei contemporane asupra consumului de droguri și dependenţei a fost rolul consumului de droguri în sindromul imunodeficienţei dobândite la nivel mondial (HIV / SIDA).

La câţiva ani după izbucnirea pandemiei, contribuţia potenţială a antropologiei la studiul legăturilor dintre consumul de droguri și infecţia cu HIV și progresia bolii a fost recunoscută, iar metodele etnografice au dobândit valoare în eforturile de sănătate publică". Ca rezultat, cercetătorii antropologi au ales din ce în ce mai mult să studieze consumul de droguri și pentru a explora conceptul de dependenţă. La București, în cadrul Institutului de Antropologie „Francise I. Rainer" al Academiei Române există un grup de cercetători (medici, psihologi, biologi etc) care de ani buni sunt preocupaţi de cercetarea consumului de substanţe psihoactive.

III.l. Antropologia și șamanismul

---

82 Singer, MR (2012) *Antropology and Addiction: an historical review,* Addiction, 107(10):1747-55

83 Bourgois P. (2003), Search of Research: Selling Crack in El Barrio. Cambridge: Cambridge University Press.

84 Kedia S., van Willigen J., editors (2005). *Applied Anthropology: Domains of Application.* Westport, CT: Praeger Publishers

O altă contribuţie a antropologiei la studiul comportamentelor de tip dependent este în ceea ce privește modelul terapeutic. Plecând de la premiza că mare parte din programele terapeutice au eșuat, antropologii americani, printre care Winkelman, iau în discuţie analiza relaţiei dintre stările modificate de conștiinţă și cultura și psihobiologia și în special aplicabilitatea mecanismelor terapeutice șamanice în abordarea dependenţei de droguri. Winkelman a analizat comparativ aspectele fiziologice ale diferitelor practici șamanice de modificare a conștinţei, ilustrând efectelor lor comune în multe proceduri diferite și efectele lor terapeutice inerente legate de dependenţă care implicau reducerea stresului. De exemplu, efectele meditaţiei transcendentale în tratarea dependenţei de substanţe au arătat influenţa directă a meditaţiei asupra factorilor fiziologici care menţin adicţia, promovând totodată bunadispoziţie și oferind experienţe gratificatoare prin încurajarea contactului cu nivele mai profunde ale minţii și emoţiilor.[85]

Practicile șamanice induc un răspuns de relaxare, provocând descărcări integrative ale undelor theta, stimulează producţia opioidă endogenă, și sporesc mecanismele serotoninergice și starea de bună dispoziţie.[86]

Importanţa unei modificări a conștiinţei în recuperarea abuzului de substanţe este subliniată în procesul de recuperare al programelor terapeutic de tip Alcoolicii Anonimi, care solicită „o nouă stare de conștienţă și trăire” creată cu scopul de a înlocui stările autodistructive induse de consumul de alcool, stări cu o abordare pozitivă de viaţă.

Deci, spre deosebire de abordările evoluţioniste ale

---

85 Winkelman, M. 2001. *Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: A shamanic approach.* International Journal of Drug Policy 12: 337-51.

86 Winkelman, M. 2001. *Alternative and traditional medicine approaches for substance abuse programs: A shamanic approach.* International Journal of Drug Policy 12: 337-51.

nevoii umane pentru substanţe psihotrope, abordarea antropologică subliniază mecanismele sociale și îşi propune să explice comportamentul uman și semnificaţiile simbolice pentru fiecare individ. Cercetările îndelungate ale lui Winklemann asupra stadiilor modificate ale conștiinţei ne oferă o înţelegere amănunţită a comportamentului șamanic. Substanţele psihotrope, pentru același autor, au un rol psihointegrator, deoarece crează niște emoţii puternice concomitent cu experienţele spirituale, în societăţile tradiţionale șamanice, consumul de substanţe psihotrope era larg răspândit.[87]

Conform antropologilor Michael Harrier și Barbara Myerhoff, stările modificate ale conștiinţei accesează tărâmuri metafizice sau „lumi interioare" care sunt conectate cu zeităţile șamanice și puterile animalelor.[88]

În dezvoltarea înţelegerii consumului de droguri și a dependenţei de droguri, antropologii au adoptat mai multe cadre explicative diferite. Componenta de bază a abordării antropologice a interacţiunii umane cu medicamente psihotrope este cunoscut sub numele de **«modelul cultural».** Acestui model cercetătorii i-au adăugat mai multe abordări analitice suplimentare concepute pentru a trata problemele specifice. Cercetarea antropologică a fost împărţită în abordări ale studierii unor droguri în mod individual. Doar recent a existat un efort de a uni studiul alcoolului cu cel al altor droguri, inclusiv tutun, precum și studiul consumului stradal de droguri și dependenţa cu modele de consum în societate în general.

III.2. Antropologia consumului de tutun

Cele mai multe dintre lucrările antropologiei medicale privind consumul de tutun și sănătatea au fost făcute la nivel macro prin examinarea tendinţelor naţionale, regionale sau globale. Cu toate acestea, au fost

---

87 Wilcox, J.P. 2003. Ayahuasca: *The Visionary Healing Powers of the Vine of the Soul.* Rochester, Vermont: Park Street Press.

88 Saniotis, Arthur (2010), *Evolutionary and anthropological approaches towards understanding human need for psychotropic and mood altering substances,* Journal of Psychoactive Drugs, 42:4

publicate foarte puţine date la nivel micro, derivate din cercetarea etnografică în comunităţile locale din afara Occidentului.[89]

Primele studii antropologice asupra fumatului de la începutul anilor 1920 redau conotaţiile, obiceiurile, manierele și rolul pozitiv al fumatului. După ce ˇs-a accentuat efectul dăunător al fumatului asupra sănătăţii și legătura directă cu cancerul de plămâni (de exemplu în SUA prin publicarea raportului Surgeon General, 1964) antropologia medicală a acordat o atenţie deosebită, ajungându-se în anii recenţi și la o analiză a aspectelor sociale, de lifestyle și existenţiale, ca experienţe de viaţă ale fumătorilor.[90]

Cum renunţăm la fumat?

Ca să înţelegem care sunt metodele eficiente de a stopa fumatul, în cazul dependenţilor de tutun, trebuie să înţelegem mecanismul fumatului, chiar dacă pentru fiecare persoană are alt rol și altă semnificaţie. De cele mai multe ori, ca și în cazul alcoolului, există o serie de prejudecăţi, idei eronate. Prima ar fi că fumatul este un aspect ce ţine foarte mult de voinţă și că orice persoană, în orice moment din viaţă, dacă ar avea voinţă suficientă (ambiţie, cum se zice în limbaj comun) ar renunţa cu ușurinţă la fumat. Mai des întâlnit în rândul femeilor, funcţionează prejudecata potrivit căreia „renunţatul la fumat îngrașă”, adică cum că ar exista o relaţie cauzală între fumat și luarea în greutate. Din această pricină sunt persoane care nu vor să renunţe la fumat de teama de a nu se îngrășa. Drept dovadă stau mărturiile celor care au renunţat la fumat și, coincidenţă, după aceeași perioadă, au luat în greutate. însă există și explicaţii ale relaţiei fumat-îngrășat. O altă idee eronată care întreţine consumul de tutun este legată de numărul de ţigarete fumate și negarea dependenţei. Ar suna în felul

89 Toma, Valentin-Veron Dr (2015), *Contribuțiile recente ale antropologiei medicale la studiul aspectelor sociale, economice și culturae ale tutunului și fumatului, Revista Medicală Română,* voi LXII, nr 1, p 66

90 idem

următor „fumez doar 3,4 ţigări zilnic, deci pot oricând să mă las de ele, nu sunt dependent”. Există și amăgiri mai noi care fac referire fie la ţigări mentolate, ţigări cu toxicitate mai scăzută, ţigări light, slim, ţ igări aparţinând unor anumite branduri și ţigări electronice. Negarea consecinţelor negative ale riscului fumatului este o altă distorsiune frecvent întâlnită printre fumători „fumez de 20 de ani și nu am nimic” sau „și bunicul a fumat toată viaţa, până la 85 de ani și nu a făcut cancer” sau „poţi să faci cancer și dacă nu fumezi”. Unele idei sunt întreţinute de concepţiile din popor, altele au la bază insuficiente informaţii și opinii eronate sau factori de natură psihică. „Fumez când sunt stresat și nervos, iar o ţigară mă relaxează”, este una din cea mai întâlnită explicaţie care întreţine fumatul, concomitent cu „nu pot trăi fără ţigări, am mai încercat și nu am reușit”.

Ţigările creează dependenţă deoarece nicotină din ele provoacă impulsuri puternice de a fuma.[9192]

Dependenţa nu ne determină să fumăm, ea determină să vrem să fumăm, să simţim nevoia de a fuma și impulsul de a fuma. Diferenţa aceasta între determinarea și cauzarea unui comportament și controlul unui comportament este foarte subtilă și deseori neînţeleasă. în comunitatea academică, nu mai este susţinută ideea potrivit căreia oamenii sunt dependenţi fizic de o substanţă și continuă să consume acea substanţă doar pentru a evita simptomele de sevraj. Această abordare ar fi foarte simplu de rezolvat, spune expertul din Londra, Robert West, am duce oamenii dependenţi la spital, le-am da medicamente care să-i ajute să suporte simptomele de sevraj și treptat ar fi ajutaţi să renunţe la droguri. însă, după externare pacienţii ar avea aceleași impulsuri, ceea ce înseamnă că adevărata problemă nu reprezintă simptomele de sevraj, care sunt doar o parte, ci

---

91 West, R., Smyth, C., West, J. (2014), Formula an- tifumat. Calea revoluționară de a te lăsa de fumat, trad Constantin DumitruPalcus, Lifestyle Publishing, p87

92 Ibidem, p. 86

modul în care pacientul face faţă impulsurilor puternice de a reveni la drogul adictiv după aceea.16

Pentru a cunoaşte cât de dependentă este o persoană de nicotină un prim indicator este dat de momentul când trebuie să aprindă prima ţigară și de intensitatea acelor îmbolduri. Două simple întrebări, redate de Robert West, pot elucida răspunsul:

Când îţi aprinzi de regulă prima ţigară?

În cinci minute de la trezire (3 puncte)

Între cinci și treizeci de minute de la trezire (2 puncte) între treizeci de minute și o oră de la trezire (1 punct) La mai mult de o oră după trezire (0 puncte)

Când simţi îmboldul de a fuma, cât de puternic este?

Nu simt vreun îmbold (0 puncte)

Îmbold ușor (1 punct)

Îmbold moderat (2 puncte)

Îmbold puternic (3 puncte)

Îmbolduri foarte puternic (4 puncte)

Îmbolduri extrem de puternice (5 puncte)

Punctajul maxim este 8. într-o cercetare cu 40.000 de fumători, 90% dintre fumători au avut un scor de 1 sau mai mare, 75% un scor de 2 sau mai mare, 60% un scor de 3 sau mai mare, 40% un scor de 4 sau mai mare, iar fumătorii dependenţi, au avut un scor de 5 sau mai mare (20%). Au existat însă și persoane care au avut un scor de 6 sau mai mare (10%), și chiar de 8 (2%). Pe lângă importanţa timpului trecut până la prima ţigară, un alt indicator în stabilirea gradului de dependenţă este perioada de abstinenţă: *cât timp ai stat fără să fumezi?*

Forme comune ale tutunului, pe lângă ţigări, sunt trabucurile, praful, pipele și recenta ţigaretă electronică. Ca prime efecte sunt relaxarea sau starea accentuată de alertă. în cazul unui consum excesiv pot exista riscuri precum afecţiuni ale căilor respiratorii, cancer la plămâni, boli cardio-vasculare. Tipul dependenţei este una puternică dacă ne gândim la dependenţa psihologică și o ușoară dependenţă fizică. Sevrajul nicotinic are multe efecte și tipuri. Unii fumători raportează că sunt iritabili și

sunt incapabili să se concentreze în primele săptămâni după ce se lasă de fumat, alţii se simt anxioși, deprimaţi și chiar au tulburări de somn.[93] Toate aceste simptome se pot întinde de la o săptămână până la 4 săptămâni. La nivel fizic, poate să apară inclusiv constipaţia și inflamaţii ale gurii. Ceea ce întâlnim des la unii fumători, din nou din cauza nicotinei este senzaţia de foame și în principal de alimente bogate în glucide (dulciuri, prăjituri) care se menţine timp de aproximativ 4 luni. Fumatul poate avea ca efect suprimarea apetitului. Unele persoane pot considera că mâncarea are un gust mai bun după ce ˇs-au oprit de fumat și preferă alimentele zahăroase. Totodată, fumatul accelerează metabolismul, astfel încât organismul arde calorii într-un ritm mai rapid. Deci, când cineva renunţă la fumat, are nevoie de mai puţine calorii.

O altă explicaţie pentru care persoanele care renunţă la fumat preferă să mănânce suplimentar este senzaţia cauzată de pofta de nicotină, înţeleasă eronat ca o senzaţie de foame. Pentru a-și distrage atenţia, foștii fumători optează pentru a mânca.[94] La nivelul gesturilor, se înlocuiește acţiunea „de la mână la gură” a fumatului cu gustări și de obicei, mai ales în cazul pauzelor de la serviciu, micile gustări sunt de fapt dulciuri sau alte alimente reci care sporesc luarea în greutate.[95]

Simptomele întreruperii consumului sunt: cerere puternică de tutun a organismului, neliniște, nervozitate sau lipsa puterii de concentrare. Despre efectele fumatului excesiv asupra comportamentului sexual în special cel masculin ˇs-a scris mult în ultimii ani. Sunt studii care au analizat în Australia timp de un an, la 8.000 de persoane cu vârste între 16 – 59 de ani gradul de impotenţă care ˇs-a dovedit a fi cu 39% mai frecvent decât la nefumători. Potrivit doctorului Cristopher Millet de la Colegiul Imp ˇerial din Londra riscul disfuncţiilor sexuale la fumători crește în proporţie directă cu numărul de ţigări fumate pe

93 West et col, op cit, p 53

94 http://www.nhs.uk/Livewell/smoking/Pages/weigh-t- gain.aspx

95 Ibidem

zi.[96]

În final, profesorul Anne Byskov de la Universitatea din Copenhaga a analizat influenţa fumatului asupra spermatozoizilor. Rezultatele au arătat că spermatozoizii purtători de cromozom Y, care răspund pentru conceperea băieţilor, sunt mai sensibili la modificările pe care le provoacă fumatul în organism. O posibilă explicaţie asupra cauzelor faptului că în ultimele decenii se nasc mai multe fete decât băieţi.

Canabis

Contrar opiniei oamenilor obișnuiţi, fie consumatori de canabis, fie militanţi pentru legalizarea consumului acestei plante, trebuie să vă întristez și să declar: **canabisul creează dependenţă,** conform îndelungatelor studii medicale. Deși sunt mai puţin evidente simptomele de natură fizică, sevraj fizic, dependenţa psihologică se dezvoltă la consumatorii pe termen lung. Modificările la nivel psihologic și comportamental sunt cele mai evidente precum euforie, anxietate, senzaţia încetinirii timpului, slaba coordonare motorie.[97]

Apariţia unei abordări antropologice distincte a consumului de droguri și abuzului îşi are rădăcinile în studiul consumului de alcool. în 1950, Heath a efectuat cercetări etnografice în rândul populaţiei Camba, din Boliva de Est, care, atunci când el a început să o studieze, erau angajaţi în producţia horticultural într-o zonă împădurită. Heath a observat că majoritatea adulţilor Camba consumau cantităţi mari de rom și rămâneau în stare de ebrietate timp de mai multe zile continue, de cel puţin de două ori pe lună.[98]

96 Zorin, K.V. (2014), *Dependența de computer, de jocuri, de nicotină,* traducere de Adrian Tănăsescu Vlas, Ed Sofia, București, p 130

97 Rășcanu, R. *op cit,* p. 97

98 Heath D. *Continuity and Change in Drinking Patterns of the Bolivian Camba*. In: Pittman D., White H., editors. Society, Culture and Drinking Patterns Reexamined: Alcohol, Culture and Social Control Monograph Series. New Brunswick: Rutgers Center for Alcohol Studies,’1991,p.78-86

Aceste excese de băutură au fost legate de festivalurile din comunitate. Mai mult, a documentat că printre Camba consumul de alcool era apreciat din punct de vedere social și chiar era scopul unor astfel de festivaluri. Cu toate acestea, alcoolismul, ca acea formă de dependenţă pe care literatura medicală o constată, așa cum este ea definitivă și caracterizată ca dependenţă de substanţe, nu a fost identificată în comunitatea Camba. Nu au fost regăsite semnele vreunui comportament antisocial, cum ar fi imposibilitatea de a vieţui în comunitate respectând responsabilităţile sociale, incidente de tipul agresiunilor interpersonale sau dovezi legate de dezinhibiţii sexuale sub influenţa alcoolului.[99] Dimpotrivă, consumul de alcool în doze mari, chiar până la punctul de inconștienţă, a contribuit la solidaritatea socială și de grup, inclusiv la facilitarea „relaţiilor între persoanele care sunt în mod normal, izolate și introvertite”. Aceste constatări au adus în discuţie convingerea comună că, consumul exagerat de alcool este în mod inerent perturbator și că utilizarea în continuare duce în mod inevitabil la dependenţă fiind dăunător pentru sănătate. Tocmai ca răspuns la această constatare neașteptată și având la bază examinarea ulterioară a literaturii cross-culturală despre alcool, Heath a propus un model cultural al consumului de alcool.

Conform acestui model, care a câștigat acceptarea generală printre antropologi, asocierea consumului de alcool cu o problemă specifică, fie că este vorba de una fizică, economică, psihologică sau interpersonal, este destul de rar întâlnită între culturi de-a lungul istoriei.

Ritualuri magico-religoase

Ca și Mircea Eliade, Culianu a fost interesat de rolul jucat de substanţele psihoactive în diverse manifestări mitologice-religioase și magico-rituale. în monografia dedicată călătoriilor din lumea de dincolo, Culianu identifică trei tipuri distincte de producere a extazului și

99 Singer, Merrill (2012), *Anthropology and addictions historical review,* Addiction, 107, 1747-1755

viziunilor extramundane: stări modificate ale conștienţei, experienţe în afara corpului și experienţe la limita morţii. în primele două tipuri de provocare a extazelor și viziunilor se apelează uneori la consumul de plante psihotrope.[100]

Cu privire la iatromanţi, vracii greci și anume Pitagora din Samos, Abaris din Hyperboreea, Aristeu din Proconessos, Epimenide din Creta, Culianu, a identificat în comportamentul lor unele practici șamanice precum intoxicarea cu plante halucinogene, călătorii extatice, părăsirea trupului de către suflet, catalepsia, abstinenţa, previziunea, iatromagia, et[.

Una dintre ierburile psihotrope utilizate de iatromanţi ar fi o plantă, greu de identificat chiar și pentru Pliniu cel Bătrân, numită alimos cu sensul „fără foame", în sensul că această plantă ar avea efect de a suspenda foamea. Culianu a susţinut că este vorba de o specie locală de plantă, asemănătoare cu frunzele de coca din America de Sud (Erythroxylum coca), conţinând un alcaloid euforizant care taie senzaţia de foame: *mărturiile nu menţionează dacă se presupunea că iatromanţii greci foloseau ori nu substanţe euforice sau halucinogene, dar cercetări recente ale proprietăţilor drogurilor psihotrope și psihedelice par să încline balanţa în favoarea unei asemenea ipoteze.23*

Mircea Eliade, în 1976, în Istoria credinţelor și ideilor religioase, se întreabă dacă tipul de experienţă religioasă specific zarathustriană poate fi apropiat de experienţele extatice caracteristice șamanilor central-asiatici. Unul dintre argumentele forte constă în faptul că pentru obţinerea extazului erau folosite diverse plante psihotrope, mai ales canabis (bhang).[101] Eliade a admis cu greu existenţa unui anumit tip de șamanism în epoca paleolitică: *Dacă prin acest termen înţelegem orice*

---

100 Oișteanu, A. (2014), *Religie, politică și mit. Texte despre Mircea Eliade și Ioan Petru Culianu,* Polirom Iași, p 283

101 Culianu, IP (2007), *Călătorii în lumea de dincolo,* Ediția a IlI-a, traducere de Gabriela si Andrei Oisteanu, prefața și note de Andrei Oisteanu, Cuvint inainte de Lawrence E. Sulliva, Polirom, p 180

fenomem extatic și orice tehnică magică, este evident faptul că vor fi depistate unele aspecte șamanice la indo-europeni sau al alte colectivităţi etnice sau culturale[102]

În anul 1981, Culianu, susţine o conferinţă la Universitatea din Groningen despre utilizarea plantelor stupefiante de către vrăjitoarele din Europa medievală unde a abordat formele de intoxicare involuntară cu secară infestată cu Clavecipes purpurea, cât și zborurile magice provocate de alifiile halucinogene. Iată ce scria în studiul intitulat Realitatea vrăjitoriei: *am văzut mulţi drogaţi și nu trece o zi să nu aud vorbindu-se despre ei, pe lângă faptul că am citit o întreagă literatură despre experienţele lor. Sunt convins că folosirea halucinogelor – sub supravegherea „specialiștilor" și în interiorul unor confrerii iniţiatice – este la originea anumitor credinţe ale omenirii, îndeosebi a acelor care au legătură cu mobilitatea sufletului și cu zborul magic, în cazul vrăjitoriei, nu e nicio umbră de îndoială că așa stau lucrurile.™*

Conform lui Oișteanu plantele psihotrope devin pentru Culianu nu doar halucinogene, ci doar entheogene care provoacă îndumnezeirea. Deci ele ar fi la originea anumitor credinţe mito-religioase și practici magico-rituale.[103][104]

Aspectul cultural

AL CONSUMULUI DE DROGURI

Cultura este proprie omului, negăsind-o în regnul animal. De aceea, Kant, definea omul drep singura fiinţă creatoare de cultură. Definirea culturii este o sarcină foarte dificilă deoarece i ˇs-au dat aproape 200 de

---

102 Eliade, M. (2014), *Șamanismul și tehnicile arhaice ale extazului,* trad Brindusa Prelipceanu și Cezar Baltag, Humanitas, București, p 67

103 Culianu, IP (1999), *Eros și magie în Renaștere.* 1484. Trad de Dan Petrescu, prefață de Mircea Eliade, postafață de Sorin Antohi, Nemira, București, p 340

104 Oișteanu, *Religie, politică,* p 87

definiţii.[105] Cultura cuprinde valorile, credinţele, normele, tradiţiile, arta, istoria, folclorul și instituţiile împărtășite de un grup de oameni. în ceea ce privește consumul și abuzul de substanţe, la nivel individual, nu există un set de variabile unic sau generic care să explice acest comportament. Pentru fiecare individ există mai multe explicaţii specifice, în funcţie de contextul social, cultural, etnic și epoca istorică, scopurile și motivele fiind extrem de diferite și individualizate.

Ce-i drept într-o formă sau alta aproape toate culturile au folosit substanţe psihoactive pentru diferite scopuri precum facilitarea interacţiunii sociale, alterarea conștiinţei sau vindecare.[106]

Abuzul de droguri, din perspectiva comportamentului uman în general este perceput ca o rezultantă a unor caracteristici genetice și biochimice, experienţe de învăţare anterioare, stadii motivaţionale, antecedente psihosociale și contexte culturale în care apare. Aceste condiţii oferă o varietate semnificativă în comportamentul abuzului de droguri. Printre acești factori determinanţi și de influenţă, factorii sociali și culturali joacă un rol important în iniţierea, menţinerea și chiar intervenţia terapeutică.

În plus, consideră unii autori, cele mai multe consecinţe ale consumului de alcool sunt mediate mai degrabă de factori culturali, decât să fie determinate în sens restrâns de factori farmacobiologici.[107] Deși nu se poate nega faptul că alcoolul este un produs chimic puternic, ce rămâne esenţial pentru modelul cultural în determinarea efectelor consumului excesiv de alcool sunt credinţele culturale despre efectele alcoolului.

---

105 Bălăceanu Stolnici, C., Glavce, C., Berescu M., Borosanu, A. (2010), Antropologia între știință și cultură, Ed Pro Universitaria, București, P.101

106 Jiloha, R.C. (2009), Social and cultural aspects of drug abuse in adolescents, Delhi Psychiatry Journal, vol 12 no 2, 167-175

107 Bennett L. (1988) Alcohol in context: anthropological perspectives. Drugs Soc; 2: 89-131

Înţelegem că dependenţa nu este bazată doar pe voinţa liberă de a consuma sau pe alegerea conștientă a individului de a alege, este vorba totuși de influenţe mult mai profunde. Natura dependenţei are deci o bază biologică, psihologică și socială. Chiar dacă oamenii pot fi biologic și psihologic predispuși la consumul de droguri și dependenţă, uneori pot fi influenţaţi și de factori culturali și sociali. Cât de mult stimulii de mediu afectează vulnerabilitatea persoanei de a deveni dependentă rămâne necunoscut și poate varia de la o persoană la altă persoană. Cu toate acestea, nu se poate ignora impactul mediului asupra dezvoltării dependenţei. ˇS-a aflat că unii factori de mediu au o influenţă mai mare decât alţii.[108]

De importanţă egală este problema semnificaţiei. Ca o practică socială construită cultural, consumul de alcool (tipul de consumul și contextul consumului) implică semnificaţii culturale încărcate emoţional despre diverse probleme, inclusiv solidaritatea socială, identitate, recunoaşterea noilor statuturi sociale și realizare, amintiri nostalgice, onorarea celor dragi, ospitalitatea, doliu, tranziţii, celebrarea eroilor culturali, intimitatea, distracţia, sănătatea, experienţa religioasă.[109] Valoarea solidarităţii, de exemplu, este exprimată și consolidată prin schimbul vinului între bărbaţi și femei, bolnavi și bătrâni. într-adevăr, rolul consumului de alcool, băut în întărirea sentimentului de solidaritate socială a fost o temă obișnuită în antropologia consumului. Conform lui M ˇA ˇC ˇÅ ˇndrew și Edgerton, **modul în care oamenii se desfășoară atunci când sunt sub influenţa consumului de alcool este determinat nu de toxicitatea alcoolului, ci de ceea ce face societatea,** de semnificaţia pe care o conferă societatea celor care

108 Hawkins, JD, Catalano, R (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance use prevention, *Psych Bulletin,* 112:64-105

109 Douglas M. (1987), editor. Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology. NewYork: Routledge;

sunt în starea de ebrietate.[110]

Așa cum sublinează Marshall, cea mai importantă contribuţie pe care a adus-o antropologia la studiul alcoolului, și în sens larg la domeniul drogurilor a fost de a demonstra non-antropologilor importanţa factorilor socio-culturali pentru a înţelege relaţia dintre alcool și comportamentul uman.[111]

Modelul cultural al consumului a fost aspru criticat de Robin Room alături de alţi autori. Room a afirmat că diferitele problemele de sănătate și sociale asociate consumului de alcool au fost în mod sistematic subestimate în literatura etnografică.[112]

Chiar când a participat la unele conferinţe ale antropologilor pe această tematică a considerat că aceștia au tendinţa de a diminua gravitatea problemei consumului de alcool.

El a pus problema acestor tendinţe pe care le-a găsit în studiile antropologice ale consumului de alcool pe seama familiarizării neadecvate și insuficiente cu literatura despre alcool în maniera multidisciplinară, pe caracterul vag al conceptului de dependenţă în unele contexte interculturale și pe faptul că multe etnografii ale consumului de alcool au fost produse de o generaţie care înţelege consumul de alcool ca fiind ceva normal. Oricum, în timp, chiar Heath a ajuns să recunoască faptul că și modelele tribului Camba cu privire la consumul de alcool au început să se schimbe, concomitent cu faptul că modul lor tradiţional de viaţă a devenit de neconceput atunci când pădurile locale au fost tăiate pentru a obţine profit pe piaţa de cherestea la nivel mondial. Ca rezultat, mulţi din tribul Camba au fost deposedaţi de pământul lor, și în consecinţă modul lor obișnuit de viaţă ˟s-a schimbat. în același timp, economia horticolă Camba a fost înlocuită de

110 MacAndrew C., Edger ton R. (1969), Dr unken Comportment: A Social Explanation. Chicago: Aldine; în Singer, op cit, p 1749

111 Ibidem

112 Room R. (1984), Alcohol and ethnography: a case of problem deflation? Curt Anthropol; 25: 169-78

de comerţul ilegal cu coca și cocaină.9

Pe scurt, munca lui Heath, și a altor antropologi devotaţi modelului cultural, sugerează că, un consum exagerat de alcool în mod obișnuit (fără semne evidente ale dependenţei), tinde să se regăsească în situaţii în care viaţa socială comunitară tradiţională nu a fost pătrunsă pe deplin și perturbată de forţele globalizării capitaliste. Examinarea distribuţiei drogurilor naturale în mediile ancestrale ne-a descoperit că existau cantităţi limitate de resurse ceea ce înseamnă că exista inclusiv o slabă supraactivitate a comportamentelor hedonice, ceea ce nu a determinat nevoi de adaptare și dezvoltare a sistemului dopaminergic-cortico-mezolimbic.

9 idem

Diferenţele cu privire la efectele fiziologice și psihologice ale drogurilor au loc în cadrul unor culturi de droguri. De exemplu, cultura persoanelor care consumă heroina este de obicei mai puţin frenetică decât cultura de droguri care implică consumul de metamfetamină. Poate ar fi obligatoriu ca specialiștii din sănătatea mintală înainte de a trece la acordarea tratamentului binecunoscut, potrivit protocoalelor clinice, să acorde o atenţie deosebită și mai mult timp cunoaşterii culturii din care face parte fiecare consumator și să înţeleagă factorii culturali care influenţează consumul.

IV.l. Drogurile și cultura.

America de sud ***– ayahuasca***

Din perspectivă istorică substanţele psihoactive au fost folosite în ceremoniile religioase de preoţi, pentru scopuri medicale sau în cantităţi mai mari de un segment de populaţie într-o societate care accepta din punct de vedere social. Patternul dominant al consumului a variat în funcţie de epocă și de loc. Un parametru important era gradul de aculturalizare al drogului. De exemplu nicotină și cocaina sunt relativ noi comparativ cu opiumul și canabisul originar din Eurasia.[113] Tradiţia spune că preoţii

113 Vetulani J. (2001), Drug Addiction, part I, psychoactive substances in the past and present, Pol J Pharmacol, 53:201-204

etiopieni au început să prăjească și să fiarbă boabe de cafea pentru a nu adormi pe timpul nopţilor dedicate rugăciunii.

Preoţii sau șamanii consumau plante inducându-și transe disociative. Aceste substanţe sunt uneori denumite „eteogenice”. Ciuperca *Amanitamuscaria,* cunoscută sub numele obișnuit de fly agaric, a fost folosită timp de secole în ritualurile religioase în Asia Centrală, cel puţin pentru 4.000 de ani. în călătoriile vizionare ale șamanilor sud-americani se consuma *ayahuasca,* numit și vinul sufletului, o specie din genul *Banisteriopsis,* o plantă agăţătoare de junglă, amestecată cu alte plante.[114]

În America de Sud se foloseau în ţări precum Panama, Brazilia, Venezuela, Columbia, Peru și Bolivia. Scoarţa plantei era zdrobită până se transforma în pastă și apoi amestecată cu apă rece, fie fiartă mai multe ore pentru ca în final să fie băută. Prezenţa altor plante alături de speciile din genul *Banisteriopsis* amplifică semnificativ efectele psihoactive ale acestor plante preparate de băștinași. Triptaminele psihoactive conţinute de acești aditivi sunt inactive dacă se administrează oral, cu excepţia cazului în care sunt prezente substanţele numite inhibitori MAO (monoamin-oxidază). întrucât harmina și harmalina sunt inhibitori MAO, ele completează triptaminele iar conjugarea acestor doi alcaloizi facilitează efectele halucinogene puternice ale preparatelor cu *ayahuasca.*

Botanistul Richard Schultes în cercetările sale a întâlnit mai multe persoane care au consumat ayahuasca și a descris modul de utilizare și efectele acestui amestec: *Ingerarea de Ayahuasca produce de obicei greaţă, ameţeală, vomă și duce fie la o stare euforică, fie la una agresivă. Deseori indianul se vede ţinta atacurilor copleșitoare ale unor șerpi sau jaguari uriași. Aceste animale îl umilesc adesea pentru că este un biet om. Caracterul repetitiv al apariţiei șerpilor și jaguarilor în viziunile date de Ayahuasca i-a intrigat pe psihologi. Este*

114" Rubgey, op cit, p 13

lesne de înţeles rolul important jucat de aceste animale, din moment ce ele sunt singurele fiinţe pe care le respectă și de care se tem indienii din pădurea tropicală, datorită forţei și capacităţii de a se deplasa fără să fie văzute sau auzite, ele au dobândit supremaţia în credinţele religioase ale aboringienilor. în multe triburi, șamanul devine o felină în timpul intoxicaţiei, exercitându-și puterile feline. Vracii yekwana imită răgetele jaguarilor. Consumatorii de Ayahuasca din tribul tukano pot să aibă coșmaruri în care se văd înghiţiţi de fălci de jaguar sau în care niște șerpi uriași se apropie și se încolăcesc în jurul lor. Șamanii tribului conibo-shipibo achiziţionează șerpi uriași ca bunuri personale, pentru a se apăra în bătăliile supranaturale cu alţi șamani puternici. Drogul poate fi instrumentul folosit de șaman pentru a diagnostica boli sau împiedica dezastre iminente, pentru a ghici capcanele dușmanilor, pentru a face profeţii. Dar este mai mult decât instrumentul șamanului. El pătrunde în aproape toate aspectele vieţii oamenilor care îl consumă, într-o măsură neegală de vreun alt halucinogen. Consumatorii, fie ei șamani sau nu, văd toţi zeii, primele fiinţe umane și primele animale și ajungă să înţeleagă crearea ordinii lor sociale.[115]

Descoperirile lui Scultes sunt diferite de mărturiile ironice ale primilor exploratori europeni precum catolicii iezuiţi care ajunși în anul 1773 și descoperind ayahuasca, o declară licoare diabolică. Aceasta îngerată în scopuri divinatorii te deposedează de simţuri și uneori chiar de viaţă. Studiera știinţifică riguroasă a apărut odată cu cercetările de teren ale botanistului englez Richard Spruce din anii 1850. Ajungând în 1851 în Brazilia, acesta a adunat monstre de la tribul tukanoan pentru a le analiza chimic. Imaginile geometrice de tip halucinatoriu care apar în timpul consumului au un rol deosebit în modelarea vieţii culturale. Aceste reprezentări grafice constituie datele vizuale brute pe baza cărora se construiește un cod

115 Schultes,R.E., Hofmann, A., (1980), *Plants of Gods: origins of hallucinogenic use,* Hutchinson, Londra în Rudgley, op cit p 39-40

cultural complex, fiecare semn individual reprezentând o serie de credinţe sociale și instituţii extrem de importante, iar oamenii tribului le consideră ca aparţinând unei realităţi superioare celei percepute în stările de conştiinţă obișnuită.[116] Impactul este atât de dominant și se transpune în viaţa culturală încât artele, arhitectura, ceramica decorativă, desenele pe nisip, măștile, instrumentele muzicale, colierele, obiectele de mic mobilier, armele, au la bază modele de acest fel, inclusiv cântecele și dansurile se bazează pe halucinaţiile auditive și vizuale ce rezultă în urma consumării poţiunii.

IV. 2. Drogurile și vracii

Un rol central în viaţa tribului este jucat întotdeauna de un număr de indivizi dotaţi excepţionali și doritori, sau destinaţi, să devină specialiști religioși, numiţi vraci, tămăduitori, șamani sau bărbaţi de rang înalt.[117] Ei îi vindecă pe cei bolnavi, protejează tribul de magia neagră, îi descoperă pe cei vinovaţi de morţi premature, au funcţii importante în ceremoniile de iniţiere și o relaţie cu Fiinţele Supranaturale și ceilalţi eroi ai istoriei sacre a tribului.

Vracii au puteri speciale precum mersul pe jăratec, capacitatea de a apărea și dispărea, deplasarea rapidă. Ei pot vindeca pe cei bolnavi pentru că pot vedea obiectele magice care au cauzat boala și le pot elimina sau anihila. Vracii pot aduce ploaia pentru că au puterea de a urca la cer sau de a invoca norii. Tocmai datorită acestei puteri magico-religioasă se bucură de un prestigiu social, rol cultural și o supremaţie politică.

Vracii sunt speciali pentru că numai ei se pot întâlni și pot conversa cu Zeităţile și numai ei pot vedea spiritele și fantomele morţilor.

La fel ca și în alte triburi, vraciul australian nu este produsul unei creaţii spontane, el este „făcut” fie de Fiinţele Supranaturale, fie de vracii din tribul său, devenind prin moștenirea profesiei, prin „chemare” sau

116 Rudgley, op cit, p 41

117 Eliade, Mircea (1975), *Religii australine. O introducere,* trad Walter Fotescu, București, ed Herald, p 165

alegere, sau prin căutare personală. Indiferent de modalitate, regula tribului spune că, un candidat nu este recunoscut ca vraci până nu a fost acceptat de un anumit număr de bărbaţi de rang înalt și nu a fost instruit de unii dintre aceștia și cel mai important până nu a trecut o iniţiere mai mult sau mai puţin spectaculoasă. în majoritatea cazurilor iniţierea constă dintr-o experienţă extatică, în timpul căreia candidatul întâlneşte Fiinţe Supranaturale, suferă anumite operaţii și întreprinde ascensiuni la cer și descinderi în lumea subterană.[118]

Vracii din regiunea canadiană Woodiand Creă cunosc plantele halucinogene din mediul lor, dar preferă să nu le consume, întrucât consideră că au efecte psihoactive greu de controlat și de aceea, nu sunt de mare folos.[119] Experienţele onirice și extatice sunt sursa de puteri magico-religioase prin excelenţă!

IV.3. Iniţierile șamanice australiene

Caracterul pronunţat ascetic al consumului halucinogenelor în practicile de tip șamanic se deosebește de practicile moderne cu scop recreativ al drogurilor. Ingerarea halucinogenelor în ritualurile tradiţionale era precedată de o perioadă de renunţare la hrană, apă și la somn, obligaţii prin care șamanul se detașa de lumea cotidiană și devenea mai aproape de morţi și spirite. Se pare că doar unii șamani foloseau substanţe psihoactive. De exemplu, în unele părţi ale Siberiei, doar șamanii mai slabi consumau ciuperca pălăria-șarpelui.[120]

Pe lângă „uciderea” neofitului, un element esenţial al acestor iniţieri constituie înserarea de substanţe magice, mai ales cristale de cuarţ. Așa cum descrie Elkin în The Australian Aborigènes, citat de Eliade, puterile vraciului sunt asociate și mediate de posesia și inserţia unor cristale de cuarţ sau alte substanţe magice (scoici de perle sau spirite-șerpi), ca o practică panaustraliană.[121] A poseda

118 Idem, p. 167
119 Rudgey, op cit p 14
120 Ibidem
121 Idem, p. 194

astfel de substanţe în corp, înseamnă, în ultimă instanţă a participa la esenţa mistică a Fiinţelor Supreme, sau a divinităţii cosmice prin excelenţă, Șarpele Curcubeului.

Efectele speciale produse de unele dintre plantele ce nu-și găsiseră utilizare în alimentaţie și terapeutică, fiind deci considerate de oamenii simpli ca nefolositoare, nu au scăpat atenţiei vracilor care, fie în urma unor întâmplări neobișnuite, fie ei înșiși încercând anumite experienţe, au observat că acestea se manifestau exclusiv asupra psihicului uman.[122]

În scopul obţinerii unor stări euforice cu valoare magică, vrăjitorul consuma el însuși preparatul respectiv sau îl administra altor persoane, toate acestea însoţite de un anumit ritual cu semnificaţie pentru cei prezenţi. Efectele acestor plante utilizate de vraci sub o formă anume de monopol sunt descrise de chimistul dr. Ștefănescu: „paralizarea voinţei, provocarea de halucinaţii și stări delirante, dedublarea personalităţii, catalepsie, viziuni colorate, clariviziune și vedere la distanţă, insensibilitate la o serie de factori exteriori și o întreagă gamă de alte manifestări neobișnuite ce surprindeau prin Insolitul lor. „[123]Deseori pentru a obţine o cât mai mare credibilitate din partea colectivităţii, asupra capacităţii de a stabili legături cu spiritele, prepararea substanţelor se făcea astfel încât să se creadă că efectele se datorau exclusiv practicilor magice și nu ierburilor în sine.

Studiile psihologice au arătat faptul că modul în care oamenii reacţionează la consumul de droguri în general, este mai mult expresia culturii individuale, a așteptărilor și a implicării emoţionale, decât cea a chimiei drogului și a proprietăţilor sale farmacologice.[124] Timothy Leardy și Richard Alpert de la Universitatea Harvard au studiat efectele substanţelor psihotrope asupra americanilor și au pus accentul pe potenţialităţile cortexului nu ale drogului,

122 Ștefănescu, Paul (1994), *Plante de vrajă,* Ed AII, București, p. 1

123 Ibidem

124 Peel S., Brodsky A. (1976), Addiction Is a Social Disease, Addictions, pg 21

drogul fiind doar un instrument.

Normele sociale, regulile împărtășite de comunitate care prescriu un comportament dezirabil sau indezirabil, comportamente pe care oamenii le consideră vitale pentru bunăstarea lor și pentru valorile pe care ei le adoptă, sancţiunile, acele recompense sau pedepse impuse din punct de vedere social care determină oamenii să se adapteze la norme, constituie de fapt ingredientele unei culturi.[125]

IV.4. Exemplul Indiei în cultura indiană, care se bucură de o diversitate deosebită, există o istorie îndelungată a consumului de substanţe produse de plante precum canabis și opium de-a lungul a cel puţin 5 mii de ani. Vorbim de unele grupuri sociale, culturi, care în mod cert sunt mult mai vulnerabile la consumul de substanţe, decât altele. Religia, tradiţiile, castele au un rol semnificativ în alegerea tipului de droguri, consumul lor și controlul în rândul populaţiilor semiurbane sau rurale. Deși, după unii autori, societatea indiană ar fi descrisă ca una bazată pe abstinenţă, totuși datele recente nu susţin acest concept. în India, numărul dependenţilor de droguri crește de la o zi la alta, tânăra populaţie fiind la un risc crescut cu 40% sub vârsta de 18 ani. Diferenţele între orașe și regiuni sunt considerabile. Dacă în zona de vest a Bengalului și Predes numărul tinerilor consumatori crește până la 60%, în zona Hariana proporţia este de aproximativ 35%, conform datelor furnizate de Rapoartele despre Droguri și Substanţe Psihoactive ale Convenţiei Naţiunilor Unite.[126] în unele state ale Indiei fumatul este folosit în mod obișnuit și frecvent chiar de copii și adolescenţi. Potrivit unor cercetări, **70% dintre adulţi au declarat că au început să fumeze zilnic înainte de vârsta de 18 ani.** Acest comportament de risc se regăsește cu preponderenţă în păturile sociale cu venituri scăzute, suport social scăzut, victime ale deprivării și

125 Jiloha, idem

126 Jiloha, idem

discriminării.[127]

Oficial, un milion de dependenţi de heroină sunt înregistraţi în India, neoficial se estimează că cifra acestora atinge 5 milioane. Cabanisul, heroina și drogurile farmaceutice produse de indieni sunt cele mai frecvente droguri în India. Produsele de canabis precum *charas, bhang* sau *ganja,* sunt consumate datorită sfinţeniei din perspectiva religioasă și a asocierii cu unele zeităţi hinduse.

IV.5. Drogurile și adolescenţa în ceea ce privește drogurile consumate de adolescenţi, Kastner și Silberstein[128] demonstrează că acestea sunt relaţionale cu presiunile procesului de dezvoltare. Astfel, ei au identical că drogurile pot avea o relevanţă în procesul dezvoltării în 6 feluri:

O încălcare deliberată a normelor sociale

Testarea dacă adolescentul este capabil să se comporte precum un adult

Comportamentul excesiv și ritualizat în sensul de testarea limitelor

Lipsa autocontrolului și deci un indicator al „subdezvoltării”.

a) Un stil de viaţă în concordanţă cu vârsta, specific vârstei, cu scopul integrării în anturaj/grupul de prieteni

O reacţie de urgenţă la stresul zilnic specific vârstei, deci o strategie de coping.

Factorii culturali care sunt asociaţi cu abuzul de droguri au un rol de influenţă în iniţierea și menţinerea consumului în adolescenţă. Factorii sociali și culturali în iniţierea fumatului de pildă variază de la o ţară la alta, de la o lume dezvoltată la alta în curs de dezvoltare, de la regiune la regiune și de la cultură la cultură.

---

127 Lynch BS. și Bonnie RJ. (1994), Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction in children and youths. Washington, DC: National Academy Press

128 Kast ner Peter a nd Si Ibereisese R K (1984). Drogengebrauch Jugendlicher auaentwicklungs psychologischer Sicht. In BildunUnd Erziehung; 37: 271-285

IV.6. Influenţa părinţilor

Numeroase studii au subliniat rolul puternic al influenţei părinţilor asupra propriilor copii în iniţiera consumului de substanţe. Conform unor cercetători, copiii au un risc dublu de a deveni fumători dacă părinţii lor sunt fumători. în contrast, dezaprobarea părintească a fumatului scade șansele ca adolescentul să înceapă să fumeze. Fetele adolescente au mai multe șanse să fumeze dacă ambii părinţi sunt fumători. Există o corelaţie puternică între mama fumătoare și tânăra fetiţă care devine fumătoare.[129] Creșterea copiilor într-o casă în care se fumează crește probabilitatea ca acel copil să devină fumător. Părinţii care fumează sunt mai permisivi faţă de fumatul copiilor lor și astfel scade probabilitatea de a se opune acestui comportament, mai ales dacă au acces ușor la fumat. Copiii au un risc crescut de a se apuca de fumat dacă un frate sau soră mai mare fumează.

Canabisul, un drog tradiţional în societatea din India este ritualizat în adunări religioase și sociale.

În unele grupuri culturale este sancţionat din punct de vedere social comportamentul de consum (ex *bhang, charas)* de către adolescenţi și e necesară aprobarea părinţilor. în cazul alcoolului, atitudinea părinţilor faţă de alcool joacă un rol important în iniţierea adolescentului în consumul de alcool, așa cum rezultă și din studiile invocate în paginile următoare.

IV.7. Structura familială

Nivelele ridicate ale educaţiei parentale și variabilele socio-economice au o relaţie inversă cu consumul de tutun și consumul altor substanţe psihoactive printre adolescenţi. Prevalenţa fumatului este mai des întâlnită în familii cu status socio-economic educaţional scăzut. Alţi factori asociaţi cu abuzul de droguri în rândul adolescenţilor sunt divorţul părinţilor, neînţelegerile dintre părinţi sau existenţa unui părinte singur sau părinţii care

129 Aaro LE, Hauknes A, Berglund EL. 1981Smoking among Norwegian school children 1975-1980: The Influence of Social Environment. Scand J Psychiat; 22: 297-309

au o slabă supraveghere a copiilor lor.

IV.8. Influenţa grupului

Prietenii au cea mai mare influenţă asupra tânărului adolescent fumător. începerea fumatului în general are loc în prezenţa unui prieten care este fumător. Adolescentele care au cel mai bun prieten fumător au un risc de 9 ori mai mare pentru a deveni fumătoare. Fumatul este o activitate comună cu funcţii importante de socializare în rândul tinerilor.

Având prieteni care fumează este un factor de risc pentru continuarea fumatului între tinerii care au început deja să fumeze. Abuzul de canabis în populaţia școlară este asociată cu performanţă școlară scăzută, abandon școlar și reîntărirea simptomelor de tulburare de conduită. Despre influenţa grupului de prieteni (anturajul) vom citi în partea finală a cărţii.

IV.9. O cultură nouă:

CULTURA ONLINE A DROGURILOR

O schimbare majoră care a avut loc în cultura drogurilor în ultimii ani este dezvoltarea comunităţilor de Internet organizate în jurul consumului de droguri și facilitarea consumului de droguri inclusiv prin informaţii despre utilizarea, producţia și vânzarea drogurilor.

În ultimii ani și România se confruntă cu comercializarea online a drogurilor. Pentru că prezintă multe avantaje. Drogurile pot fi procurate de la diverși furnizori via online chiar de către consumatori minori. Deseori traficanţii de droguri folosesc ca intermediari copii sub 14 ani tocmai pentru că aceștia nu pot răspunde penal. Astăzi, conform datelor Agenţiei Naţionale Antidrog, în România nu mai există niciunul din așa numitele magazine de vise (Spice shop), cele care sub umbrela comercializării unor substanţe legale cu diferite scopuri, precum îngrășământ pentru plante sau sare de baie, vindeau droguri. La un preţ extrem de mic (15 – 20 de euro) se puteau obţine produse precum Salvia Divinorum, Spice Diamon, Weed.

Drept urmare comunităţile online și-au intensificat

activitatea, mediul online fiind unul extrem de dificil de monitorizat de organele abilitate. Comunicarea online prezintă o serie de avantaje, comenzile de livrare a drogurilor ușoare făcându-se de acasă, la orice oră, folosind inclusiv serviciile de poștă tradiţională, coletărie sau chiar firmele de livrări la domiciliu și taximetria. Alte tipuri de comunităţi online sunt cele care se dezvoltă în jurul site-urilor sau forumurilor de discuţii unde indivizii pot descrie experienţele lor legate de droguri, pot găsi informaţii cu privire la achiziţionarea și utilizarea drogurilor. Este locul unde pot discuta de la interese muzicale la probleme juridice. Multe dintre site-urile online sunt create iniţial pentru a diminua consecinţele negative ale consumului de substanţe prin informarea oamenilor cu privire la diverse aspecte juridice și medicale conexe. Din păcate, influenţa nespecialiștilor prin dezvăluirea unor experienţe personale este mare.

Ca și în alte culturi de droguri, utilizatorii acestor site-uri web și forumuri de discuţii dezvoltă propriul lor limbaj și propriile valori cu referire la consumul de droguri. Drogurile de club și halucinogenele sunt cele mai mult dezbătute tipuri de droguri, pe când comunităţile online implică discutarea tuturor tipurilor de substanţe licite și ilicite, inclusiv stimulente și opioide. Se fac recomandări și se dau sfaturi despre combinaţia acestora într-o manieră inedită și efectele așteptate.

Culturile de droguri se pot schimba rapid şi variază în funcţie de zone geografice, socio-economice, și generaţii, de aceea e nevoie de o înţelegere a culturilor actuale de droguri și modul în care aceste culturi susţin utilizarea și prezintă riscuri pentru sănătatea populaţiei.

Drept urmare, în Statele Unite ˇs-au dezvoltat modele de formare și training de terapie adresate specialiștilor care se centrează pe bazele culturale ale consumului de droguri, pe caracteristicile culturale ale unor grupuri de persoane, mai ales în ceea ce privește categoria adolescenţilor, pe ceea ce înseamnă valori, credinţe, tradiţii, obiceiuri, pe factori precum sexualitatea,

stilurile de muzică, stiluri vestimentare, de comunicare, patternurile de socializare, ideologiile politice și alţi factori.

IV. 10. Drogurile și muzica

Despre influenţa și consumul drogurilor în rânduril marilor muzicieni se cunosc detalii de viaţă personală. Ludwig van Beethoven era consumator de vin roșu, de unde și ciroza care i-a cauzat moartea. Pe patul de moarte, la sosirea ultimului colet de 12 vinuri roșii a declarat „păcat, păcat, prea târziu”. Se crede că Hector Berlioz a compus *Simfonia fantastică* sub influenţa consumului de opiu. Tot consumator de opiu a fost și Frédéric Chopin, care a murit prematur la 39 de ani, suferind probabil de epilepsie de lob temporar, cauze ale halucinaţiilor. Despre Robert Schumann se știe că ar fi consumat mercur, chinină și arsenic.

În ceea ce privește relaţia dintre muzică și tipul de droguri consumat, în România, Agenţia Naţională Antidrog a realizat o cercetare publicată în 2009 cu titlul „Consumul de droguri în spaţii recreaţionale”, având ca segment de cercetare tinerii cu domiciliul în București cu vârste cuprinse între 15 și 34 de ani. ˇS-au aplicat 320 chestionare pe teren în 5 cluburi și 1.511 chestionare online pe website-uri și reţele sociale online care promovează evenimentele recreaţionale.

S-au putut identifica substanţe folosite cu predilecţie în mediile recreaţionale cum ar fi: ecstasy, canabis, cocaina sau amfetaminele. Canabisul era consumat îndeosebi de persoanele din intervalul de vârstă 25 – 34 (33,8%), o situaţie similară întâlnindu-se și în cazul cocainei (6,2%), și a ciupercilor halucinogene (6%). Ecstasy-ul se consuma cel mai frecvent în intervalul de vârstă 19 – 24 (10,5%), totuși diferenţa nu este foarte mare în comparaţie cu intervalul 15 – 18 ani (9,4%). Heroina avea cea mai mare prevalenţă tot în intervalul 19 – 24 (2,1%), iar amfetaminele erau cel mai frecvent consumate de cei cu vârsta între 15 – 18 ani (6%). 46,6% dintre respondenţi au pus în topul preferinţelor muzica electronică house/minimal/electro,

11,5% preferau pop, 13,7% preferau rap/reggae, 14,5% rock, 15,5% punk, 6,7% latino, iar 5,2% erau ascultători de manele.

Cu privire la asocierea dintre prevalenţa consumului de droguri de-a lungul vieţii și stilul de muzică preferat, respondenţii care consumau în principal canabis erau cei care ascultau muzică rock (45.9%), house (30.6%) și pop (24.6%), cei care consumau Ecstasy ascultau muzica house în proporţie de 16.8%, pe când consumatorii de cocaină erau cei care preferau muzica de tip punk. Procentul cel mai mare al celor care au consumat tranchilizante a coincis cu preferinţa pentru muzica de tip latino (8.7%).[130]

Legătura dintre muzică și consumul de drog este un fenomen extrem de cunoscut mai ales în America prin ceea ce a însemnat mișcarea hippie în anii 1960 – 1970 când tinerii născuţi după război și revoltaţi împotriva societăţii părinţilor lor au început să fie interesaţi de civilizaţiile nonoccidentale, de religiile noncreștine, de practicile magico-rituale, yoga și droguri. Carlos Castaneda (1925 – 1998) în cărţile publicate descrie iniţierea sa de către un guru șaman, dintr-un trib nord-mexican, cu ajutorul unor plante halucinogene: muguri de cacfus peyotl; ciupercă psihedelică și ciumăfaie.[131]

Poate cel mai cunoscut drog, numit drogul discotecilor în anii 1980 a fost MDMA cunoscut sub numele de Ecstasy (o amână foarte activă care determină eliberarea de serotonină, noradrenalină și dopamină). Ecstasy (cunoscut cu diverse denumiri „euphoria”, „magic”, „love drug”, „XTC”) a devenit o parte esenţială a petrecerilor cu muzică electronică intensă, însoţită de jocuri de lumini și dansuri dezlănţuite. Barurile din insula spaniolă Ibiza au jucat un rol important în popularizarea

130 Consumul de droguri în spatii recreaționale, Raport de Cercetare, Agenția Națională Antidrog, coordonator proiect: Andrei Botescu Sociolog - Observatorul Român pentru Droguri și Toxicomanii http://www.ana.gov.ro/stu-dii/ Consumul%20in%20spatii %20recreationale%202009.pdf

131 Oișteanu, Religie, p 109

acestui drog.[132]

IV. ÎI. Drogurile și sexualitatea

În spaţiul românesc, etnologul Traian Herseni a analizat un ritual arhaic atestat în ţara Oltului, o practică magică de fertilizare a cânepii prin act sexual săvârșit chiar acolo, pe răzor. Se considerau următoarele: Cânepa și actul sexual par că se potenţează reciproc, relaţia dintre ele funcţionând în ambele sensuri. Recoltarea și prelucrarea cânepii prin fluidele afrodiziace pe care le emană pot induce impulsuri erotice lucrătorilor, iar actul sexual sau mimarea lui poate spori magic creșterea cânepii.[133]

În Evul Mediu european două erau mijloacele de a spori ardoarea sexuală a partenerilor: efectuarea unor ritualuri magice și administrarea unor substanţe afrodiziace. Despre ambele se pot găsi informaţii mai ales în scrierile celor care condamnau aceste practici precum clericii, episcopii și inchizitorii. în secolul al XI-lea, episcopul Burchard de Worms înfiera femeile care făceau vrăji de dragoste. Penitenţa propusă de episcopul german pentru ispășirea demonicului păcat era de doi ani de post (numai cu apă și cu pâine), dar pedeapsa creștea la cinci ani pentru femeile care, tot în același scop, „iau sângele menstrelor lor, îl amestecă în hrană sau în băutură și-l dau soţului”.[134]

Astăzi cunoaştem suficient despre efectul nociv al alcoolului asupra funcţiei erectile, despre faptul că alcool dezinhibă dar nu sporește performanţa sexuală.

În cazul prafurilor halucinogene precum cazul ayahuasca, antropologul Reichel-Dolmatoff susţine că șamanii au descris halucinogenele drept „spermă pură”, iar viziunile pe care le determină sunt stări de excitaţie sexuală și orgasm, implicând adeseori fantezii incestuoase. Pentru majoritatea consumatorilor aboringeni experienţa

132 Bălăceanu-Stolnici, Tentație, p 263

133 Oișteanu, op cit, p 302

134 Oișteanu, Andrei (2016), Sexualitate și societate. Istorie, religie și literature, Ed Polirom, Iași, p 295

este una cât se poate de pozitivă, iar viziunile erotice sunt transformate într-o comunitate mistică [u epoca mitică și pântecele cosmic.

Tot cu privire la mișcarea hippie din America, Eliade face referire la free love fără nicio urmă de promiscuitate, nudism, libertate orgiastică, astfel încât orice expresie a dragostei, mai alea a dragostei fizice este acceptată cu emoţie și perseverenţă. Eliade declara astfel: *„s-ar putea ca viaţa sexuală neinhibată, pe care o exaltă tânăra generaţie de rebeli, să facă parte din procesul inconștient de redescoperire a sacralităţii Vieţii-Este un moment istoric când pentru prima dată în istoria civilizaţiei creștine, sexualitatea neinhibată triumfă pretutindeni și se redescoperă beatitudinea aproape rituală a nudităţii...*[135]

IV.12. Drogurile și religia[136]

Unii cercetători sunt de părere că originea religiei poate fi găsită în ingerarea de substanţe psihoactive de către omul preistoric. Dacă ceaiul și cafeaua au fost folosite de călugări și călugăriţele creștine, islamice și budiste pentru menţinerea stării de receptivitate în timpul rugăciunilor și meditaţiilor, de-a lungul istoriei spirituale au existat substanţe psihoactive considerate sacre, substanţe halucinogene cu rol însemnat în viaţa spirituală. Opiul era folosit în Creta, Grecia și Iran. Canabisul în ritualurile arhaice din Orientul Mijlociu și Asia Centrală. *Soma,* o substanţă cu efecte halucinogene a fost folosită de preoţii din India și Iran, mai târziu identificată cu ciuperca pălăria-șarpelui, iarba tătăraşcă și un amestec de opiu, canabis și Ephedra.[137]

William James vorbește despre diferite tipuri de

---

135 Eliade, Mircea (1993), Jurnal, vol I (1941-1969) ed ingrijită de Mircea Handoca, Humanitas, București, p 598

136 Traian Herseni, *Forme străvechi de cultura poporana românească. Studiu de paleietnografie a cetelor de feciori din Ţara Oltului,* ed. Dacia, Cluj, 1977, p 260-261 în Oișteanu, Andrei (2016), Sexualitate și societate. Istorie, religie și literature, Ed Polirom, Iași, p 80

137 Rugley, op cit, p. 13

conștiinţă și despre depășirea limitelor impuse de cunoaşterea fizică:

Conștiinţa noastră în stare de veghe, conștiinţa raţională, cum preferăm să-i spunem, nu este decât un anumit tip de conștiinţă, iar de jur-împrejurul ei, separată de ea printr-un paravan aproape inexistent, se află forme de conștiinţă potenţiale, pe de-a-ntregu diferite. Putem să trecem prin viaţă fără a le bănui existenţa: dar, în clipa când apare stimulul adecvat, aceste forme de conștiinţă se ivesc în toată deplinătatea lor, ca tipuri perfect definite ale conștiinţei care au, probabil, propriul domeniu de aplicaţie și adaptare. Nicio descriere a universului nu poate să pretindă a fi exhaustivă fără a acorda atenţia cuvenită acestor forme diferite de conștiinţă. Problema este tocmai modul cum trebuie să le privim, căci ele se afla la antipodul conștiinţei noastre obișnuite. Cu toate acestea, ele pot să determine atitudini, chiar dacă nu pot furniza formule, ele deschid anumite zone, deși nu pot oferi o hartă. Oricum, ele nu ne premit să încheiem prea repede socotelile cu realitatea. Privind retrospectiv propriile experienţe, ele toate converg către un tip de intuiţie căruia nu mă pot abţine să nu-i atribui o oarecare semnificaţie metafizică.[138]

IV. 13. Concluzii

Oricât ˟s-ar scrie, este imposibil de cuprins toate implicaţiile consumului de droguri în istoria omenirii și inclusiv în timpurile noastre. Tratate, cărţi, monografii, cercetări, articole ˟s-au scris de-a lungul anilor. Istorici, oameni de știință, medici, etnologi, antropologi, mai nou juriști și-au dedicat ani din viaţa studierii fenomenului consumului de droguri. Despre droguri în diferite părţi ale lumii încă se fac studii și cercetări. Cercetările arheologice oferă dovezi de necontestat. Desigur există și multe legende.

Incursiunea în această problematică extrem de vastă luându-se în considerare aspectele istorice, culturale și

138 Watts, Alan (2017), *Cosmologia voioasă,* trad Marian Stan, Ed Herald, București p. 15-16

sociale, are valoare mai ales pentru specialiștii din psihologie, psihoterapie sau medicină care deseori au tendinţa eronată de a privi cazurile ca având explicaţii și caracteristici pur individuale. Or, consumul de droguri apare într-un context familial, social, naţional, geografic și cu multiple semnificaţii pentru epoca respectivă. Ignorarea acestor aspecte reprezintă o greșeală inclusiv în abordarea terapeutică. în antichitate, drogurile nu se foloseau în scop hedonist, pentru a provoca plăcere. Ele erau folosite în scopuri magico-ritualo-religioase. Astăzi, există mișcări care încurajează consumul mai ales pentru valenţele de ordin spiritual. Totodată, statul duce un război cu marii traficanţi de droguri de mare risc la nivel internaţional.

Veniturile realizate din comercializarea drogurilor depășesc produsul intern brut al României. Alte state au legalizat droguri considerate ușoare, pe când unele state susţin rolul lor medical. Aceste aspecte nu au fost tratate aici.

Despre droguri în cultura română a fost publicată recent cartea profesorului Andrei Oișteanu.

Cum noile tipuri de culturi influenţează consumul de droguri și cum noile tipuri de droguri influenţează cultura rămâne iarăși un subiect extrem de vast și de interesant de investigat. Folosirea tehnologiei și social media influenţează iniţierea, menţinea și consumul mai ales în rândul tinerilor, fapt ce va fi discutat în paginile următoare.

Populaţia tânără și consumul

DE SUBSTANŢE PSIHOACTIVE.

Efecte pe termen scurt asupra

SĂNĂTĂŢII BIOPSIHO-SOCIALE

Nu înţeleg ce se întâmplă acum cu ea. Când era mică, era un îngeraș.

Acum, parcă a înnebunit, mărturisește, disperată o mamă care trebuie să facă faţă conduitelor de opoziţie ale fiicei ei în vârstă de 14 ani (Criza adolescenţei, Clergent).

V.I. Introducere

Pe măsură ce copiii trec de la adolescenţă la vârsta

adultă, ei se confruntă cu schimbări fizice, emoţionale și cu stiluri de viaţă diferite. Tranziţiile de dezvoltare, cum ar fi pubertatea și creșterea independenţei, au fost asociate cu consumul de alcool. Deci, într-un sens, a fi un adolescent poate fi un factor cheie de risc nu numai pentru a începe să consumi alcool, ci și pentru a-l consuma într-un mod periculos.[139]

Rata consumului de alcool în rândul studenţilor și al altor adulţi tineri este de asemenea ridicată. în ultimii ani, în unele ţări ˟s-a constatat o descreștere a consumului, însă totuși rata consumului rămâne îngrijorătoare. Studenţii, un alt grup vulnerabil, sunt adesea supuși unor tranziţii de roluri – cum ar fi ˟îndepărtarea pentru prima dată de familie, locuirea cu alţi studenţi și experienţa redusă a supravegherii adulţilor – care pot crește riscul consumului de alcool și a abuzului. De asemenea, studenţii locuiesc frecvent în medii fizice și sociale diferite și se confruntă cu noi factori sociali și instituţionali (de exemplu, petreceri, weekend-uri la fotbal) care pot favoriza consumul de alcool în exces.[140]

Adolescenţii consumă alcool într-o varietate de contexte, inclusiv în propriile case, casele prietenilor sau cunoscuţilor, în baruri sau restaurante, locuri în aer liber (de exemplu, parcuri, plaje, stadioane sportive, străzi necunoscute), la școală sau la locul de muncă, precum și atunci când se plimbă cu autoturismele. Pe baza unui eșantion de 1.914 de tineri de liceu, Lee și colegii în 1997[141] au raportat că cele mai des întâlnite trei locuri

---

139 U.S. Department of Health & Human Services National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Underage drinking, Why Do Adolescents Drink, What Are the Risks, and How Can Underage Drinking Be Prevented?, Alcohol Alert, 2006, nr 67.

140 Michael Windle, Alcohol Use Among Adolescents and Young Adults, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27- lZ79-86.htm

141 Lee, J.A.; Jones-Webb, R.; Short, B.J.; and Wagenaar, A.C. Drinking location and risk of alcohol-impaired driving among high school seniors. Addictive Behaviors 22:387-393, 1997.

pentru consumul de alcool au fost în casa unei alte persoane, într-un mediu în aer liber și într-o mașină. Consumul de băuturi în aer liber și într-o mașină au fost atât predictori semnificativi ai conducerii afectate sub influenţa alcoolului (adică auto-raportarea conducerii după consumul de alcool suficient pentru a afecta conducerea), chiar și în cazul controlului statistic pentru mai multe alte variabile predictor, cum ar fi sexul, venitul, ocaziile de băut în ultimele 30 de zile și numeroase episoade de băutură în ultimele două săptămâni. Consumul într-o mașină (inclusiv consumul de către șoferi) a fost asociat cu o probabilitate de conducere de 2,5 ori mai mare, iar consumul în aer liber a fost asociat cu o probabilitate de 1,5 ori mai mare.

V.2. Date privind consumul în

RÂNDUL ADOLESCENŢILOR ÎN ROMÂNIA, Europa și în alte state

Atunci când ˟s-au utilizat date din studiul Global Burden of Disease (OMS) privind afectarea vieţii (DALYS) pentru tinerii cu vârsta cuprinsă între 10 – 24 ani, principalii factori de risc au fost alcoolul (7% din DALYS), sexul neprotejat (4%), deficitul de fier (3%), lipsa contracepţiei (2%) și consumul ilicit de droguri (2%).[142] Contribuţia altor factori de risc pentru sănătatea tinerilor, cum ar fi consumul de tutun, activitatea fizică scăzută și excesul de greutate / obezitatea au apărut doar la jumătatea perioadei din vârsta adultă. Aceste constatări sugerează că strategiile de sănătate publică ar trebui să se concentreze asupra sănătăţii copiilor și adolescenţilor și că ar trebui acordată prioritate consumului de alcool în adolescenţă.[143]

Proiectul *European School Survey Alcohol and other*

142 Gore FM, Bloem PJN, Patton GC. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis, Lancet, 2011, vol. 377 (pg. 2093-102)

143 Marshall, Jane (2014), Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences, Alcohol and Alcoholism, Volume 49, Issue 2,1 March, Pages 160-164

Drugs (E.S.P.A.D.),[144] privind **alcoolul** și alte droguri, publicat în 2013, a fost realizat în 37 de ţări, iar datele sunt disponibile pentru 36 de ţări. Grupul ţintă a fost elevii născuţi în 1995, iar vârsta medie la momentul colectării datelor a fost de 15,8 ani. în toate ţările E.S.P.A.D., cu excepţia Islandei, 79% dintre elevi au consumat alcool cel puţin o dată în ultimele 12 luni și 57% au consumat alcool în ultimele 30 de zile. Cifrele erau similare pentru băieţi și fete. Consumul mediu estimat în cea mai recentă zi de consum a fost cu o treime mai mare pentru băieţii care au fost mai predispuși să consume bere. Băuturile spirtoase au fost cea mai frecventă băutură pentru fete din peste jumătate din ţări. Rata consumului de alcool episodic, definită ca cinci sau mai multe băuturi cu aceeași ocazie în ultimele 30 de zile, a fost de 43% pentru băieţi și de 38% pentru fete. în 22 de ţări, mai mulţi băieţi decât fete au raportat consumul episodic de băuturi.[145] în Germania, în ceea ce privește consumul de **canabis,** analizele a 10 studii naţionale și unul regional din perioada 2002 – 2012, care includeau tineri cu vârste cuprinse între 11 și 25 de ani, a evidenţiat că șomerii și studenţii cu un nivel scăzut de educaţie („Hauptschule”) au fost identificaţi ca grupuri cu risc ridicat. Rezultatele referitoare la **jocurile de noroc** problematice se suprapun semnificativ și reflectă concluziile cercetărilor internaţionale: băieţii, cei cu un nivel scăzut de educaţie, șomerii, beneficiind de asistenţă socială și având un background migraţional au risc crescut semnificativ pentru obiceiuri problematice de jocuri de noroc. Cele mai mari rate ale prevalenţei pe durata vieţii pentru consumul de droguri ilegale (altele decât cannabisul) au fost observate în rândul studenţilor cu nivel scăzut de educaţie.[146] Același studiu a analizat consumul

144 http://www.espad.org/sites/espad.org/files/FULLREPORT-Supplement-to-The-2011-ESPAD-Report-WEB.pdf

145 http://www.espad.org/

146 Henkel D, Zemlin U. Social Inequality and Substance Use and Problematic Gambling Among Adolescents and Young Adults: A Review of Epidemiological Surveys in Germany Curr Drug Abuse Rev.

de alcool în rândul imigranţilor, iar constatarea consistentă a fost că, în rândul adolescenţilor și adulţilor tineri migraţi de origine turco-asiatică, utilizarea problematică a alcoolului a fost semnificativ mai puţin comună comparativ cu adolescenţii și tinerii adulţi de aceeași vârstă din Germania. Cu alte cuvinte, **cultura influenţează consumul de alcool.**

Canabisul rămâne cel mai consumat drog de către tinerii în Australia și Europa. Unul din șase adolescenţi (14.8%) cu vârste cuprinse între 12 și 7 ani, au încercat canabis în 2013 conform National Drug Strategy Household Survey.[147]

Un raport naţional *Australian secondary school students use of tobacco, alcohol and over-thecounter and illicit substances* (2011), cu răspunsuri primite de la 25.000 de elevi de gimnaziu relata că doar 3% dintre adolescenţi au încercat amfetamine.

3% au încercat ecstasy, 1/6 au inhalat cu intenţie petrol sau solvenţi, 1.9% dintre cei cei care au consumat cocaină au folosit o singură dată sau de două ori, 1.5% au consumat heroină. Aproximativ trei din patru studenţi au încercat alcool la un moment dat în viaţa lor, 51% consumând alcool în cele 12 luni anterioare sondajului. Mai puţin de o cincime (17%) a consumat alcool în ultimele 7 zile anterioare sondajului, 8% dintre cei în vârstă de 13 ani și 37% dintre cei în vârstă de 17 ani. Aproximativ 19% dintre adolescenţii de 17 ani au consumat mai mult de patru băuturi pe parcursul cel puţin uneia dintre cele 7 zile precedente. Proporţia studenţilor consumatori în 2011 a fost mai mică decât cea înregistrată în anchetele din 2008 și 2005.[148]

Studiul privind Consumul de Alcool și Droguri din

2016;9(l):26-48.

147 https://www.aihw.gov.au

148 White V, Bariola E. (2012), Australian secondary school students' Use of tobacco, alcohol and over-the-counter and illicit substances in 2011 Centre for Behavioural Research in Cancer. The Cancer Council Victoria

anul școlar 2011 al Studenţilor Australieni a identificat că dintre studenţii care au consumat în ultima săptămână (17,5%), mai mult de o treime (36,2%) au băut la niveluri dăunătoare pentru efecte negative ocazionate de consumul de alcool cu o singură ocazie.

În România, o analiză comparativă 2004 – 2007 – 2010 realizată de Agenţia Naţională Antidrog, a indicat faptul că prevalenţa consumului de droguri de-a lungul vieţii continuă să fie concentrată pe droguri recreaţionale (canabis, ecstasy) care sunt consumate cu predilecţie de persoane cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 ani.

Cu privire la studiu ESPAD publicat în 2015, elevii din România au raportat o utilizare similară cu media ESPAD la șase din cele opt variabile-cheie studiate. Singura măsură care a fost semnificativ mai mare în studiul românesc a fost consumul de ţigări în ultimele 30 de zile. Acest lucru a fost raportat de 30% dintre studenţii români, comparativ cu media totală de 21%, alcoolul în cazul românilor 47%, iar media europeană de 48%, episoade de alcool grav un procent egal de 35%. Pe de altă parte, consumul de canabis de-a lungul vieţii a fost doar jumătate la fel de frecvent în rândul studenţilor români (8% faţă de 16%). în plus, utilizarea non-prescrisă a tranchilizantelor sau sedativelor și utilizarea pe durata de viaţă a inhalanţilor a fost mai mică decât media ESPAD, în timp ce restul de patru variabile au fost mai mult sau mai puţin în concordanţă cu media pentru toate ţările. în concluzie, cu excepţia utilizării ţigărilor, studenţii români au avut tendinţa de a raporta niveluri mai scăzute sau similare de utilizare a substanţelor în comparaţie cu ţara medie ESPAD”. Tot cu privire la studiu ESPAD, în cazul României o mare parte din elevi (11%) nu au primit permisiunea părinţilor lor să participe sau ei înșiși au refuzat.

11 hffp: //www˙espad˙org/country/românia

V.3. Studii despre adolescenţă

Adolescenţa începe la nivelul biologic și se termină la nivelul cultural (Conger și Peterson, 1984)

Perioadele dezvoltării umane au fost studiate de oamenii de știinţă de-a lungul anilor (medici, pediatrii, filosofi – Jean-Jacques Rousseau) și mai ales de către psihologii dedicaţi psihologiei copilăriei (Sigmund Freud, Anna Freud, Piaget, Kohlberg, Erikson, Bowlby Chomsky, Vygotsky), etape ce trebuie să fie înţelese cu toate variaţiile și diferenţele individuale. Perioada prenatală se întinde de la concepţie la naștere și este una din etapele de dezvoltare majoră a individului, în care se formează structura de bază a organismului fiind caracterizată printr-o mare vulnerabilitate, în special în primele trei luni de dezvoltare prenatală.[149]

Copilăria mare (6 – 14 ani), corespunde școlii primare, când se dezvoltă abilităţile cognitiv intelectuale, autocontrolul este în evoluţie majoră, crește sociabilitatea și socializarea – procesul de cunoaștere a normelor, regulilor îi vor permite acescopilului integrarea în comunitate. Este un prim contact cu regulile și valorile sociale.

Adolescenţa (14 – 20 ani). La această vârstă modificările fizice majore se asociază cu debutul formării identităţii, separarea de părinţi și cu schimbări cognitive majore (gândirea este formată, ca urmare se lucrează cu noţiuni abstracte și astfel se poate opera în sfera morală).

Adultul tânăr (20 – 40 ani). Caracteristicile specifice vârstei sunt dezvoltarea personală, integrarea profesională, formarea relaţiei de cuplu și apariţia copiilor.

Adolescenţa cuprinsă între 14 și 20 de ani se caracterizează prin foarte multe schimbări, una dintre cea mai complexă etapă de dezvoltare considerată a doua naștere de J.J. Rousseau. Astfel are loc:

Un avans cognitiv remarcabil, atingându-se chiar vârfurile cele mai înalte în manifestarea unora dintre capacităţile de cunoaștere;

Depășirea identificării cu părinţii, ieșirea de sub tutela familiei și a școlii și integrarea în viaţa socială a

149 Dincă, M., Psihologia copilului și adolescentului, Universitatea Titu Maiorescu, curs, pagina 12-14

societăţii;

Intensificarea conștiinţei de sine și a căutării asidue a identităţii de sine (Erickson), a unicităţii și originalităţii;

Apariţia conștiinţei de apar tenenţă la o generaţie;

Construirea unor noi componente ale personalităţii și dezvoltarea lor într-o structură unitară care mediază adaptările eficiente la toate tipurile de situaţii;

Parcurgerea unei faze decisive în cucerirea independenţei și autonomiei, după o perioadă foarte tensionată.[150]

Psihologul american, Stanley Hali, publică în anul 1904 cea mai însemnată lucrare dedicată adolescenţei, carte cu titlul: *Adolescenţa. Psihologia sa și relaţiile sale cu psihiatria, antropologia, sociologia, sexologia, crima, religia și educaţia.*

Stanley Hall a dat o explicaţie conflictelor și evoluţiilor comportamentale considerând adolescenţa ca o perioadă care presupune o „recapitulare" a evoluţiei umane de la starea precivilizată la cea civilizată și o numește metaforic „furtună și stres".[151] Margaret Mead a demonstrat prin studii de antropologie importanţa cerinţelor sociale în dezvoltarea umană. Astfel, în culturile în care impunerile sociale au o evoluţie lentă, în care participarea copiilor la viaţa comunităţii este foarte puţin restrictivă trecerea de la copilărie la adolescenţă se face fără conflicte. în culturile civilizate, participarea copiilor la viaţa comunităţii este relativ restrictivă (vezi serbarea copiilor, locuri de joacă pentru copii, et[.). Ca urmare copilăria se poate considera o „zonă izolată de cerinţele sociale", care se sfârșește relativ brusc. în jur de 18 ani adolescentul trebuie să răspundă corect unor cerinţe și așteptări ale societăţii, mai mult sau mai puţin cunoscute anterior. Urmarea este nu rareori declanșarea unor trăiri

150 Crețu, Ținea (2009), Psihologia vârstei, ediția a IlI-a revizuită și adăugită, Ed. Poliront, Iași, p. 270

151 Hall, G. Stanley (Granville Stanley), (1904), Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education, New York: D. Appleton and Company

traumatizante și conflictuale. Conform lui Steiner & Lerner, 2004, pe parcursul ultimului secol se conturează trei etape principale în evoluţia cercetărilor despre adolescenţă:

Primele 6 – 7 decenii ale secolului al XX-lea sunt marcate de dezvoltarea marilor modele teoretice ale adolescenţei (Freud, Erikson, Hall). în această perioadă au fost realizate studii descriptive despre toate faţetele dezvoltării adolescentului: ritmurile dezvoltării, adaptarea, relaţiile cu egalii și părinţii;

Perioada care debutează cu anii ⁋70 și până în prezent este marcată de preocupările de testare a ipotezelor și verificare a teoriilor anterioare prin cercetări empirice. în acești ani, interesul ˇs-a concentrat mai ales asupra găsirii unor explicaţii coerente pentru plasticitatea și diversitatea dezvoltării, precum și aplicarea cunoștinţelor teoretice în rezolvarea unor probleme practice acute;

1) în prezent, cercetarea adolescenţei este considerată un capitol important al ştiinţei dezvoltării, iar principalul său rol este acela de a veni în sprijinul practicienilor din domenii diverse, al dezvoltării de politici sociale sau educaţionale astfel încât să ofere sprijinul necesar pentru asigurarea unui curs pozitiv al dezvoltării individuale și al societăţii în ansamblu.

V.4. Dezvoltarea psihică

Dezvoltarea psihică are la bază încorporări și constituiri de conduite și atitudini noi ca formare de instrumente de adaptare din ce în ce mai complexe și ca formare de modalităţi de satisfacere de trebuinţe și formare de noi trebuinţe și mijloace de a le satisface. Dezvoltarea psihică implică modificarea echilibrului între asimilarea realităţii și acomodare la condiţiile subiective și circumstanţiale concrete ale vieţii (U. Şchiopu). în opinia psihologului clinician, Ruxandra Răşcanu, adolescenţii „par lipsiţi de resursele necesare pentru a face faţă exigenţelor vieţii cotidiene, sunt instabili în ceea ce privește sentimentele, sunt în dezacord cu societatea și autorităţile”. Mulţi dintre ei acuză stări depresive, de

anxietate, dar nu este sigur dacă acestea sunt cauzele sau consecinţele dependenţei de drog. ¸5

Răşcanu R (2004). *Alcool şi droguri: «virtuţi» şi capcane pentru tineri,* Bucureşti, Editura Universităţii din Bucureşti

V.5. De ce tinerii consumă droguri? De ce tinerii reprezintă

O CATEGORIE VULNERABILĂ?

În mare parte tinerii consumă droguri pentru motive asemănătoare adulţilor. Pentru a-şi modifica emoţiile pe care le simt, pentru că doresc să se simtă altfel sau să se simtă mai bine. Vor să socializeze cu prietenii, simt o presiune din partea anturajului sau doresc să aparţină grupului, să facă parte din grup, să devină lideri. Vor să se relaxeze şi să se distreze. Sunt plictisiţi. Sunt curioşi, vor să experimenteze sau vor să-şi asume riscuri, să scape de dureri fiziologice sau psihologice, de suferinţa inexplicată. Motivele sunt regăsite la tinerii din diferite zone geografice ale lumii, cu mici diferenţe inclusiv în funcţie de tipul de drog consumat.

În studiul calitativ din Sibiu, au existat diferenţe între răspunsurilor elevilor de clasa a VIII-a şi cele ale elevilor de clasa a XI-a cu privire la motivele consumului de alcool sau droguri. Bunăoară dacă la 14 ani elevii au declarat cele mai dese motive ca fiind dorinţa de a te relaxa, de a te simţi bine, curiozitatea, presiunea grupului, de a te simţi integrat, la 17 ani, apar alte motive şi anume: probleme individuale, probleme de familie şi influenţa negativă a familiei, copiii cu risc fiind cei care sunt trişti, supăraţi, depresivi şi vor să scape de realitate.

V.5.a. **Explicaţii psihanalitice** într-o perspectivă psihanalitică, extrem de criticată astăzi, plăcerea de a fuma, ca aceea de a consuma alcool, este ecoul unei reactivări a pulsiunilor orale. Ţigara evocă primele plăceri ale sugarului şi primele tipuri de schimburi centrate pe sânul matern sau pe biberon. Fumul cald ajunge în bronhii, aşa cum laptele cald ajunge în stomac. Fixarea pe pulsiuni orale, puţin ameninţătoare la adolescenţă, este şi un mijloc

de compensare a reactivării altor tipuri de pulsiuni, în special de agresivitate și sexuale.[152] în acest sens, în nenumărate răspunsuri la întrebarea „de ce fumezi?" sau „ce simţi când fumezi", tinerii, printre principalele răspunsuri afirmă „fumatul mă calmează", „fumez când sunt nervos", „dacă am nervi, mă liniștește". Tot psihanaliza modernă consideră că sunt implicaţi doi factori de vulnerabilitate: avatarurile constituirii unui **atașament nesigur** în copilărie (în special prin evaluarea angoasei de separare) și mai ales fenomenul de vulnerabilizare depresivă care permite evidenţierea existenţei urmelor experienţelor depresive trecute fără a se putea obiectiva o depresie actuală.[153]

Utilizarea cu risc este o noţiune complexă, neunivocă, variază în funcţie de substanţă și de caracteristicile consumatorului însuși. Spre exemplu, prima ţigară poate fi considerată deja un consum de risc, deoarece cancerul de plămân se exprimă printr-un risc cumulativ, prima ţigară contând în aceeași măsură ca și ultima. Reprezintă o etapă indispensabilă atât în evaluarea strategiilor de prevenire cât și în atitudinile de terapie ale consumatorilor. Prin riscul asupra sănătăţii fizice și psihice, consumul cu risc trebuie să atragă atenţia specialistului în sănătatea publică (medic, psiholog, consilier școlar).

Adolescentul, în viziune psihanalitică, încearcă să instituie un proces prin care să se substituie unei relaţii afective, trăită ca o potenţială ameninţare pentru autonomia sa, o relaţie de posedare a unui „obiect" (în sens psihanalitic) care să preia o funcţie de substituire pentru această relaţie afectivă intolerabilă. Pe de altă parte, adolescentul se găsește într-o nouă relaţie de

---

152 Clerget. Stephane (2012), Criza adolescenței. Căi de a o depăși cu succes, trad, de Corina Cojocaru, Ed. Trei, pili

153 Marcelii, Daniel, Braconnier, Alain (2006), Tratat de psihopatologia adolescenței, Editura Fundației Generația, traducere din limba franceză Andrei Constantinescu, Larisa Damian, Magda lonescu, Sonia Pătrașcu, p 453

dependenţă ce se hrănește prin nesatisfacerea adevăratei sale nevoi afective, intrând astfel într-un cerc vicios ce se autoîntreţine.[154]

Agitaţia, impetuozitatea este o altă caracteristică a adolescenţilor care le creează o stare de vulnerabilitate. Cei caracterizaţi de tumultuozitate sunt mai predispuși să consume decât celelalte categorii. De aceea prezintă dificultăţi în amânarea satisfacerii unor impulsuri, în controlul acestor impulsuri, ceea ce îi determină să acţioneze rapid și impulsiv. Psihiatrul pentru copii, Clerget, cu privire la capacitatea de a amâna satisfacerea unei pulsiuni, consideră ca fiind o calitate care se transmite de timpuriu, încă din perioada suptului, prin felul în care mama va răspunde diferitelor așteptări ale bebelușului său, sub aspecte precum furnizarea hranei, schimbatul scutecelor, luatul în braţe sau dovezile de tandreţe. ⁋9

Marcelii identifică **trei căi** distincte ale dependenţei. Prima corespunde tipic tinerilor adolescenţi, la nivel de colegiu, consumatori episodici dar excesivi de alcool, droguri sau chiar de alimente dulci sau excitanţi. Aceste conduite nu rezultă în excluderea lor din grupul de colegi. în cazul lor, părinţii nu acordă o atenţie specială dependenţei, care totuși există deja, sau sunt preocupaţi de alte dificultăţi, în special de o scădere a rezultatelor școlare.

A doua categorie este a anilor de liceu când dependenţa este deja manifestată și se traduce printr-o hiperinvestire a unei întregii serii de comportamente marcate de caracterul lor repetitiv și aparent fără posibilitate de abţinere. Relaţionarea cu adolescenţii de acest tip este dificilă deoarece ei sunt fie opozanţi, fie chiar violenţi, atunci când se ia în discuţie comportamentul lor. Viaţa lor se schimbă și se centrează doar pe exercitarea acestui comportament și ei se întâlnesc doar cu prieteni cu aceleași preocupări. Relaţiile cu părinţii lor sunt pe punctul unei rupturi fie din partea unora, fie din

154 Marcelii, op. cit., p. 457

partea altora.[155]

În final, a treia categorie este complet diferită. Ea corespunde adolescenţilor de o vârstă mai înaintată care ˟s-au angajat într-o marginalitate în care ponderea dependenţei psihice este masivă și cotidiană. Aceștia nu se mai întâlnesc decât cu tinerii înscriși pe aceiași traiectorie ca ei. Părinţii lor sunt depășiţi de ceea ce se petrece, se simt realimente neputincioși, adolescenţii ajungând aici fie după ce au traversat toate etapele, fie doar după una din etapele anterioare.[156] La cabinetul psihologic ajung într-un stadiu de disperare, când afectarea vieţii este gravă și deseori psihoterapia nu funcţionează tocmai datorită instabilităţii deciziilor de a frecventa ședinţele de terapie și a numeroaselor influenţe exterioare. De aceea, ca psiholog, recomand părinţilor și adolescenţilor să apeleze cu mult timp înainte de această fază, de la primele semne de îngrijorare.

V.5.b. **Căutări, întrebări, angoase**

Michael, 16 ani, care urmează o terapie pentru stări de beţie frecvente, îmi declară următoarele la un moment dat: când mă îmbăt, nu-mi mai pun întrebări. Nu mă mai chinuie nimic. Viaţa mi se pare mult mai simplă.[157]

Un alt adolescent declara: *când beau mult, am încredere în mine.* Starea de beţie este căutată cu scopul de a nu mai fi conștienţi de nimic, de a uita și de a nu mai avea nicio senzaţie.

V.5.C. **Fumat, alcool și alte droguri**

Dacă majoritatea fumătorilor ocazionali se limitează doar la fumat, în cazul tinerilor există o legătură directă între fumat și alcool. Cu alte cuvinte, numărul celor care fumează și consumă alcool este mai mare decât al celor care doar consumă alcool și sunt nefumători. Potrivit unor estimări, unu din doi adolescenţi fumători a consumat cel puţin o dată alcool, comparativ cu unul din șapte

155 Clerget, op. citp, p 131

156 [2U] Marcelii, op cit.p 454-455

157 Idem, p. 112

adolescenţi nefumători consumatori de alcool.[158]

Totodată, tinerii care consumă tutun mai mult sunt și cei care au încercat cel puţin un drog ilicit.

V.5.d. De la copilărie la ADOLESCENŢĂ – UN DRUM INIŢIATIC

Într-o oarecare măsură, pentru tineri, consumul unor substanţe poate avea valoare iniţiatică. De exemplu, prima ţigară este principalul ritual exprimând voinţa de a ieși din copilărie.[159] Primul acces de beţie are o valoare iniţiatică. Tinerii francezi nu beau vin la fiecare masă, asemenea taţilor și bunicilor lor, ci preferă berea și băuturile alcoolice tari consumate în mod neregulat sau în weekend, în Franţa, aproximativ 80% dintre tinerii cu vârste cuprinse între 12 și 19 ani au consumat deja alcool, iar aproape 25% dintre aceștia o fac o dată pe săptămână.[160]

Fetele preferă mai ales băuturile tari, la 18 ani, două treimi din adolescenţi, indiferent de sex, ˟s-au îmbătat, vârsta medie fiind 15 ani și jumătate. La adolescenţii dependenţi de alcool primul consum a avut loc în medie în jurul vârstei de 10 – 12 ani, însă din păcate, în ceea ce privește situaţia Franţei, vârsta debutului scade ajungându-se până la 7 sau 8 ani. Astfel, 7% dintre copiii sub 10 ani au consumat alcool, frecvenţa consumului în rândul copiilor crește mai ales în mediile defavorizate.[161]

Precocitatea consumului reprezintă unul din factorii de risc cei mai semnificativi și mai puternici în termeni de predicţie a unui viitor consum abuziv sau de dependenţă. Câteva date susţin acest adevăr, după cum urmează:

Printre cei care au început să consume alcool în mod regulat la 11 – 12 ani: 13.5% prezintă un consum abuziv, iar 15.9% răspund criteriilor de dependenţă;

Printre cei care au început să consume alcool în mod regulat la 13 – 14 ani, 9% răspund criteriilor de dependenţă;

---

158 Ibidem

159 Clerget. Stephane, *op cit,* p.110

160 Clerget, *op cit.* p 112.

161 Ibidem

Dintre cei care au început să consume alcool în mod regulat la 19 ani sau mai mult, se regăsesc respectiv 10 ani mai târziu, 2% consumatori abuzivi.[162]

Spre deosebire de depresie ca diagnostic clinic, stările de deprimare din adolescenţă cu caracter tranzitoriu pot fi momente de debut pentru consumul de substanţe. Eșecurile sentimentale mai mult decât eșecurile școlare, defavorizarea socială, economică sau divorţul părinţilor influenţează dispoziţiile adolescenţilor. Bucuriile copilăriei au trecut, satisfacţia părinţilor nu mai produce aceleași efecte pozitive. Deseori apar sentimente de vid, plictiseală, tristeţe, confuzie, stări de nervozitate și iritabilitate, revoltă și angoasă care pot stimula consumul de substanţe. Tot ceea ce agravează aceste stări, determină un risc și mai crescut al toxicomaniei. Mediul influenţează puternic din exterior mai cu seamă că adolescenţa reprezintă o perioadă de nefinalizare a organizării interne. De aceea adolescentul rămâne sensibil, receptiv și influenţabil la orice stimul exterior. Stările de depresie pot fi comparate cu niște furtuni de vară. Dacă adolescentul apelează la droguri pentru a depăși aceste momente, se poate instala fie depresia, fie dependenţa de substanţe. O bună parte dintre adolescenţi nu au dobândit încă abilităţi de gestionare a propriilor trăiri deprimante, refuză ajutorul adulţilor sau ajutorul specializat și nu deţin nici abilităţi de refuz al consumului, sau de a face faţă situaţiilor cu risc crescut. La vârsta imaturităţii un abuz de droguri va conduce la dependenţă și astfel la afectarea unor mecanisme mentale necesare funcţionării psihice normale. Instalarea dependenţei are deci cauze de natură neurobiologică, existând modificări structurale sau funcţionale pe care drogurile le exercită asupra reţelelor neuronale care datorită plasticităţii lor îşi schimbă configuraţia și modul de operare.[163]

---

162 Marcelii, op. cit.p 459

163 Bălăceanu-Stolnici, C., Papari, C.A., Papari, A., Cozaru G.C., lomandescu I.B. (2012), Tentație și dependență, Ed. Fundației „Andrei-Șaguna”, Constanța, p. 333

La adolescenţă problema normalului și patologicului este mai acută decât în orice altă etapă de vârstă prin multitudinea conduitelor deviante, labilitatea lor, dificultatea de a atinge organizarea structurală subiacentă, estomparea cadrului nosografic obișnuit, rolul, imposibil de neglijat al familiei și al mediului social.[164]

Recomandările în ceea ce privește consumul de alcool la adulţi nu se potrivesc copiilor și tinerilor. Scopul studiului condus de Newbury-Birch de la Institutul de Sănătate și Societate, Universitatea Newcastle a fost de a realiza o revizuire sistematică a literaturii publicate și de a rezuma dovezile privind efectele negative, daunele și beneficiile, dacă există, ale consumului de alcool pentru copii și tineri.

După o căutare sistematică a studiilor publicate, cercetătorii au identificat 162 de studii eligibile care cuprindeau copii și tineri cu vârste cuprinse între 5 și 25 de ani. în funcţie de calitatea metodologică și concluziile cu privire la impactul consumului de alcool la copii și tineri au fost luate în analiza finală 102 de studii, celelalte care nu au fost incluse în analiză au constat în recenzii mai vechi și/sau cele cu o calitate metodologică mai slabă.

V.5.e. **Factori protectivi care inhibA**

ABUZUL DE ALCOOL LA COPII ȘI TINERI

Rezultatele sugerează că ar fi important să se ia în considerare efectul valorilor părintești în lumina interacţiunii dintre adolescent și părinte. Copiii ai căror părinţi oferă mai puţină monitorizare și supraveghere prezintă un risc mai mare pentru implicarea timpurie în comportamente sexuale, inclusiv în relaţiile sexuale.

Factorii protectivi sunt foarte importanţi deoarece pot ameliora factorii de risc. Conform aceleiași cercetări condusă de Newbury-Birch care a inclus 162 de studii eligibile ˇs-au identificat următorii factori de protecţie:

locul primei băuturi a unei persoane tinere poate fi important pentru viitorul consumator de alcool. Cu alte cuvinte, copiii care folosesc mai întâi alcoolul într-un

164 Marcelii, Daniel, Braconnier, Alain, op. cit, p 78

mediu de origine și care învaţă despre efectele acestuia de la părinţi sunt mai puţin predispuși să devină consumatori de alcool decât cei care încep să bea în afara acestui mediu de acasă și cu colegii;

întârzierea timpului pentru prima băutură a unei persoane tinere poate reduce riscul dăunător de a consuma alcool;

existenţa unor adulţi care păstrează relaţii pozitive sănătoase cu o persoană tânără, prin niveluri adecvate de sprijin și control;

1) utilizarea controlată a alcoolului nu este în sine predictivă pentru rezultatele negative;

afilierea religioasă, în special participarea la serviciile religioase, poate avea un caracter proiectiv împotriva consumului de alcool;

Factorii cheie care par să atenueze efectele adverse ale consumului de alcool la copii și tineri includ orientare parentală informată și susţinută despre alcool și o întârziere a vârstei de iniţiere în consum.

Factorii de protecţie întăresc rezistenţa persoanelor supuse situaţiilor de risc, acţionând ca elemente de protecţie faţă de potenţialele răspunsuri problematice. Conform lui Brook și colaboratorii săi există mecanisme care pot contribui la reducerea influenţei factorilor de risc. De exemplu, o legătură afectivă între părinţi și copii, unele caracteristici materne protectoare sau armonia între părinţi potenţează efectul altor factori de protecţie, cum ar fi o atitudine pronormativă a adolescentului.

V.5.f. **Riscurile asociate cu abuzul DE ALCOOL LA COPII ȘI TINERI**

Pe termen lung și cu privire la riscul dependenţei ˘s-au elaborat o serie de studii în ultimii 50 – 60 de ani deși rămâne întrebarea cum se poate evalua un risc? începerea consumului regulat de alcool la vârste între 11 și 14 ani poate fi considerată consum cu risc, chiar dacă rămân moderate cantităţile și nu se observă încă nicio daună aparentă pentru sănătate.[165]

165 Idem, p. 459

Iniţierea precoce a comportamentului de asumare a riscului de către tineri are adesea un impact mai mare asupra sănătăţii decât pentru cei care iniţiază același comportament într-o etapă ulterioară. Acest tipar este observat în mod clar pentru alcool, în cazul în care consumul de alcool la adolescenţi crește riscul de deteriorare al creierul și de a dezvolta, de asemenea, tulburări de alcool.[166]

M℄˟Cambridge și colab. au efectuat prima revizuire sistematică a studiilor privind datele despre consumul iniţial de alcool la adolescenţi cu vârsta cuprinsă între 15 și 19 ani. Revizuirea a inclus 54 de studii. Aproape jumătate din aceste studii (n = 26) provin din SUA, restul din Suedia, Marea Britanie, Noua Zeelandă, Australia, Finlanda și Olanda. Concluzia principală a fost că, consumul de alcool în rândul adolescenţilor a persistat până la maturitate și a fost asociat cu probleme legate de alcool, inclusiv dependenţă.[167]

Adolescenţii de sex masculin, care trăiesc în case cu un singur părinte, în situaţii sociale dezavantajate și au prieteni care consumă alcool și droguri au un risc mai mare pentru fumat, consum de droguri și iniţierea unui contact sexual în primii ani ai adolescenţei.[168] Dovezile sugerează că există un număr de factori de risc asociaţi cu abuzul de alcool de către copii și tineri.[169] Acestea includ:

---

166 NHS Health Scotland, 2014,Alcohol screening and brief interventions for young people

167 McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. (2011), Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies, PLoS Med, vol. 8 pg. e!000413

168 DiLorio C, Dudley WN, Soet JE, McCarty ESexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: the moderating role of protective factors. J Adolesc Health. 2004 Dec; 35(6):528.ell-20.

169 Newbury-Birch, Dorothy, Department for Children, Schools and Families (DCSF), corp creator. (2009) Impact of alcohol consumption on young A Review of Reviews, Department for Children, Schools and Families Newcastle University, https://www.education.gov.uk/consultations/ downloadableDocs/Review

o predispoziţie genetică (transmitere generaţională)

abuz fizic și sexual în copilărie, care poate duce la un comportament ulterior de consum

expunerea timpurie la consumul de alcool, ceea ce poate crește riscul de probleme de consum în adolescenţă

modele de comportament favorabil consumului de alcool la părinţi, bunici și fraţi

istoricul familial al problemelor legate de alcool

1) tulburări de comportament precoce la copii, care pot genera un risc deosebit de mare de probleme cu alcoolul, în special dacă există un istoric familial al problemelor legate de alcool

comportamentul antisocial și problemele inter-personale la copiii preadolescenţi, care pot fi predictive ale tulburărilor de consum

copiii și tinerii care caută senzaţie sau au tipuri de personalitate impulsivă pot consuma în cantităţi mari

2) consumul de alcool tare și excesiv de către tineri poate fi un mecanism de combatere a stresului sau anxietăţii

pot exista diferenţe de gen între mame și taţi în ceea ce privește influenţa asupra comportamentului fiilor și fiicelor

3) implicarea în jocurile de băut poate duce la un nivel foarte ridicat de consum de alcool

mecanisme de protecţie faţă de copii și tineri, cum ar fi critica excesivă a comportamentului lor în ceea ce privește consumul de alcool nu poate fi protectiv, ci dăunător

4) tinerii ar trebui să fie sfătuiţi și sprijiniţi să se bazeze mai puţin pe alcool pentru a le facilita integrarea socială cu colegii lor și pentru a dezvolta relaţii constructive cu un alt grup de prieteni.

V.6. Efecte negative ale consumului de
ALCOOL ȘI DROGURI PENTRU COPII ȘI TINERI

Trebuie menţionat că în funcţie de drogul consumat efectele pe termen scurt sunt observate la câteva minute după consum și se pot întinde până la câteva ore. De exemplu, în cazul canabisului, apare euforia și relaxarea, o

%20of%20existing%20revi- ews%20(Full).pdf

ușoară senzaţie de somnolenţă și tulburări de concentrare, percepţia mediului exterior este modificată (culorile, sunetele, timpul), motricitatea, stări de rău, atact de panică, anxietate.[170] De asemenea, chiar dacă nu există supradoză canabisul afectează memoria.

Heroina este una dintre substanţele cele mai periculoase și care creează cea mai puternică dependenţă. Conform statisticilor, dintre toţi cei care încearcă pentru prima dată heroina, aproape o persoană din patru devine dependentă, în România, grupa de vârstă cea mai predispusă consumului de heroină fiind 15 – 24 ani.[171]

În rândul consumatorilor de heroină injectabili, încă de la mijlocul anilor 1980 a apărut infecţia cu HIV ceea ce agravează și mai mult tabloul persoanei dependente prin suferinţă, complicaţii, schemă de tratament, dar mai ales prin discriminare din partea publicului general, sau chiar a comunităţii din care face parte.[172]

Sindromul de sevraj la morfină și heroină începe de obicei la 6 – 8 ore după consumul ultimei doze, atinge intensitatea maximă în cea de-a doua sau a treia zi și persistă de-a lungul următoarelor 7 – 8 zile.[173] Sevrajul apare descris în manualul DSM IV prin crampe musculare, dureri de oase, diaree gravă sau acută, tahicardie, hipotermie sau hipertermie, dilatarea pupilelor, febră. Apar și simptome secundare precum insomnie, brahicardie, agitaţie, iritabilitate, depresie, tremur, greaţă, vomă, slăbiciune, care vor fi ˇînlăturate imediat după o singură injecţie de heroină sau morfină.[174]

Efectele heroinei în plan biologic, opiaceele

---

170 Vera, Luis (2011), *Terapia cognitive comportamentala la copii și adolescenți,* Ed Polirom, Iași, p. 353

171 https://clinicaaliat.ro/heroina-sau-drumul-scurt-catre-dependenta/

172 Baciu, Adina, Laslo, Claudia, Guja, Cornelia (2012), Infecția HIV/SIDA - fenomen antropologic, Studii și cercetări de antropologie, nr 2, 8-13

173 Rășcanu, op. cit, p. 104

174 Ibidem

determină o diminuare a eficacităţii sistemului imunologic, prin agresarea macrofagelor și limfocitelor și prin influenţarea negativă a deplasării leucocitelor. Consumul abuziv de opiacee antrenează disfuncţii vegetative precum depresiunea aparatului respirator care duce la tulburări de oxigenare și chiar deces, în doze mari! Se pot produce brahicardii, hipetensiune arterială, hipotensiune ortostatică, stări de disconfort digestiv, spasme intestinale, scăderea libidoului, fragilitate și impotenţă (sau atrofie testiculară). Efectele durează câteva ore, timpul de acţiune al heroinei fiind de 4 – 6 ore, iar al morfinei de 8 – 10 ore.

În plan psihologic, pentru că drogul acţionează asupra receptorilor mu, durerile sunt suprimate și se produce o relaxare extrem de plăcută, o senzaţie de trăire în ireal, între vis și realitate, dispare anxietatea, apare o senzaţie de bună dispoziţie, o euforie și optimism. Percepţiile devin distorsionate, iar apatia iniţială se transformă în stări stuporoase sau comatoase.

În final, în cazuri de supradoză, pupilele trec în midriază, pielea se răcește și devine palidă, unghiile, buzele și pielea ajung cianotice, vărsăturile devin intense, respiraţia e dificilă, se produce edem pulmor și în final stop respirator și deces. De aceea, în Marea Britanie, dependenţilor de heroină li se recomandă să deţină și să utilizeze injecţia cu Naltrexonă, care oprește activitatea opizilor, în caz de supradoză.

Halucinogene

Psihedelicele (ayahuasca, mescalina, psilocibina) sunt cele mai utilizate halucinogene care alterează percepţia lumii reale, trimiţând consumatorul într-o lume fictivă, fantastică. în cazul LSD-ului efectele durează 6 – 12 ore. în **plan psihologic** au loc modificări de tipul: distorsionarea percepţiilor, obiectele sunt mai intens colorate, sunetele mai impresionante, auziţia este colorată. Timpul și spaţiul sunt deformate, apare o puternică senzaţie de trăire intensă, a trăirii eului în univers. Mulţi consumatori au senzaţia că au intrat în contact cu transcendentul, cu divinitatea. Dozele mari produc modificări psihice de

natură psihotică, de tip schizofrenic, consumatorul pierzând controlul acţiunilor sale. Tulburările psihice încetează după epuizarea efectelor drogului.[175] Efectul negativ al psihozei induse de drog sau criza psihedelică este o călătorie neplăcută care duce la anxietate acută și efecte fizice, consumatorii se pot răni sau chiar sinucide accidental (să se arunce de pe clădiri înalte), deoarece ei nu gândesc clar în legătură cu mediul în care se află. Flashbackurile sunt frecvente. Totodată un rol periculos în are combinaţia cu alcool sau sedative, care poate ucide.[176]

În plan **medical:** de la administrare, LSD-ul durează între 30 – 60 de minute pentru a-și face efectul, ajungând repede în creier. Efectele se întind între 4 – 6 ore, iar uneori până la 12 ore. Explicaţia este că ficatul descompune lent LSD-ul. Cel mai adesea consumatorii mestecă sau înghit halucinogenele derivate din plante sau le îngerează sub formă de pastile. Pe măsură ce experienţa LSD-ului se declanșează apar senzaţii de amorţeală, slăbiciune musculară, tremurături, greaţă, cresc pulsul și tensiunea arterială, pupilele se dilatează. Reacţiile pot include dureri în piept sau chiar dureri testiculare. Toleranţa scade rapid astfel că o perioadă de abstinenţă de o săptămână este de obicei suficientă pentru a restabili sensibilitatea la drog.[177]

Cocaina

Cocaina, drog foarte răspândit, este un derivat din planta Erythroxylon coca originară din America de Sud, ale cărei frunze sunt mestecate de indigeni pentru a obţine efecte stimulatoare.[178]

Studiile recente au arătat că este consumată și de

---

175 Bălăceanu, Stolnic, C. *Tentație.* p261

176 Kuhn, Cyntia, Swartzwelder, Scott, Wilson, Wilkie (2014), *Tripat ce trebuie să știi despre droguri? De la alcool la ecstasy,* traducere de Teodora Nicolau, Ed Trei, București, p. 150

177 Idem p. 158

178 Răşcanu, Ruxandra (2008), *Dependență și droguri. Aspecte teoretice și clinic ameliorative,* Ed. Universității din București, București, p 99

către studenţi pentru a le îmbunătăţi performanţele cognitive în timpul pregătirii pentru examene, în doze mari, în cazul intoxicării produce simptome precum agitaţia, irascibilitatea, impulsivitatea sau comportament sexual potenţial periculos. Crack-ul este o cocaină care se fumează, apărută în 1983, importată din Bahamas, când era foarte ierfină.[179]

Începuse să fie vândută la colţuri de stradă, în apropierea școlilor, pretutindeni. I se mai spune baseball, gravei, rock, când este încălzit, scoate un ţiut ca și cum ar crăpa (de unde și numele). în câţiva ani, în America, creșterea comerţului cu crack a dus la violenţe fără precedent, din partea traficanţilor, în orașe precum New York, Los Angelos, Detroit sau Miami.[180]

Consumul cronic de cocaină se datorează potenţialului extrem de ridicat de creare a dependenţei, pe baza efectului de recompensă pozitivă (obţinerea efectului), mai puţin celui de condiţionare negativă (evitarea simptomelor de abstinenţă). în timpul perioadelor de abstinenţă, amintirea experienţei cu cocaina sau expunerea la stimuli asociaţi cu consumul drogului pot declanșa dorinţa intensă de drog și pot duce recădere în consum. Deci amintirile noastre legate de drog sunt extrem de importante.

Dependenţa psihologică, definită drept „graving" compulsiv, este asociată cu schimbări biochimice, care se dezvoltă ca rezultat al administrării repetate a drogului) și determină continuarea consumului, în pofida consecinţelor nocive. în mod obișnuit, persistă după sindromul fizic de retragere și este factorul major care duce la recădere printre toxicomanii trataţi.[181]

---

179 Țurlea, Stelian (1991), *Bomba drogurilor,* Humanitas, București, p 200

180 Idem

181 Carolina Negrei, Gabriela Popescu, Miriana Stan, Corina Dalia Toderescu, Lucian Mircea Bogdan Dumitru, Daniela Baconi, *Toxicomania - o problemă cu implicaţii in- terdisciplinare, Practica Farmaceutică,*Voi. 8, Nr. 2 (26), An 2015, 61-67

Amfetaminele

Amfetaminele *(speed)* și cele asemănătoare lor (Ritalin, Benzedrina, Dexdrina, Methedrina, dextroamfetaminele) fabricate chimic în laborator sunt folosite de o gamă largă de persoane, cu diferite background-uri socio-culturale cu scopul de a-și îmbunătăţi performanţele cognitive și sportive, deoarece ele stimulează sistemul nervos central. în cazul intoxicaţiei cu amfetamină sindroamele sunt similare cu cele din intoxicaţia cu cocaină și inclusiv în ceea ce privește diagnosticul din DSM IV există puţine diferenţe, fiind prezente tulburările perceptive, anxietatea (frică fără motiv, senzaţie de urmărire și persecuţie), letargia, oboseala, durerile de cap, transpiraţia abundentă, crampe musculare și la stomac și o senzaţie acută de foame.[182]

Sunt accelerate bătăile inimii (repede și neregulat), presiunea arterială și temperatura crește, pot apărea ticuri, schimbări de dispoziţie, agitaţie extremă, iar cu toate acestea, consumatorul tinde să-și mărească doza: *la un moment dat ajung să fumeze sau să își injecteze amefetamine timp de mai multe zile consecutiv. Era atât de prins cu asta, încât nici nu se gândea să se hrănească sau să doarmă.*[183]

După folosirea constantă a unor doze mai mari de amfetamină apare depresia care poate fi asociată cu idei suicidare și chiar comportament suicidar. Tot datorită dozelor mari apare delirul. De aceea în cazul amfetaminelor se poate vorbi de tulburări psihotice, de psihoză indusă de substanţă, fenoment larg studiat, diferenţa dintre acest tip de psihoză și schizofrenia paranoidă fiind dată de prezenţa paranoiei.[184] Tulburarea indusă de substanţă are câteva elemente predominante cum ar fi halucinaţiie vizuale, anxietatea, hiperactivitatea, hipersexualitatea, confuzia, incoerenţa și tulburări ale gândirii.

182 Răşcanu, R. *op cit,* p. 86
183 Idem p 92
184 Idem p 87

Există multe efecte negative cauzate de consumul de alcool în rândul tinerilor: abuzurile sexuale ca urmare a consumului de alcool, sexul forţat, violul, sexul neprotejat, sarcini nedorite, mahmureala, violenţe, vătămări corporale, prezenţa la unităţile medicale de primiri urgenţe, infecţiile cu transmitere sexuală și sexul cu mai mulţi parteneri și în unele cazuri mai mult de 50% dintre tineri erau sub influenţa alcoolului. Cele mai frecvente daune sunt: sexul regretat (12,5%), violenţa (28,8%) și uitarea lucrurilor (45,3%). în mod specific, femeile tinere sunt expuse riscului și au nevoie de mai multă atenţie.

Alte efecte negative regretate, identificate în studiul din Sibiu (2018) au fost: a) agresivitatea fizică, lovirea persoanelor iubite, implicarea în băiate, inclusiv distrugerea anumitor obiecte și vandalizarea (58 de răspunsuri) și b) agresivitatea verbală, trimirea mesajelor răutăcioase persoanelor cu care ˟s-au certat, spunerea unor lucruri care nu trebuie spuse, înjurăturile, cearturi, adresarea de cuvinte urâte persoanelor dragi, rănirea fără voie a altor o persoană (42 de răspunsuri).

Raportul evidenţiază consecinţele potenţial negative pentru copiii și tinerii care abuzează de alcool.[185] Dovezile sugerează că:

adolescenţii care abuzează de alcool sunt mai susceptibili de a suferi de reacţii adverse inclusiv modificări ale apetitului, scădere în greutate, eczeme, dureri de cap și tulburări de somn.

cele mai frecvente efecte ale intoxicaţiei cu alcool sunt vărsăturile și coma

tinerii nu sunt imuni la bolile și afecţiunile cronice asociate consumului excesiv de alcool la adulţi și decesele cauzate de boala hepatică acum apar la vârste mai tinere

adolescenţii și tinerii care consumă alcool au mai multe șanse de a suferi o vătămare corporală, adesea ca rezultat

185 Newbury-Birch, Dorothy, Department for Children, Schools and Families (DCSF), corp creator. (2009) Impact of alcohol consumption on young A Review of Reviews, Department for Children, Schools and Families Newcastle University

al unui atac

abuzul de alcool în perioada adolescenţei, în timpul unei perioade sensibile din punct de vedere al dezvoltării reprezintă un pericol deosebit pentru facultăţile emergente ale creierului de funcţie executivă și memorie de lungă durată

adolescenţii sunt susceptibili să fie mai vulnerabili decât adulţii la ambele leziuni cerebrale și deficite cognitive de lungă durată ca urmare a expunerii la alcool

alcoolul poate crește sentimentele de depresie

stresul și anxietatea pe fondul consumului de alcool sunt asociate cu efecte negative severe pe termen lung

există o relaţie între consumul de alcool în adolescentă și problemele de sănătate mintală, de aceea este important ca toţi tinerii cu probleme de alcool să facă o evaluare a sănătăţii mintale

consumul de alcool în timpul unei seri poate afecta performanţa copilului la școală în ziua următoare, deoarece este nevoie de timp pentru a metaboliza alcoolul și acest proces variază în funcţie de doza de alcool consumată și de capacitatea metabolică diferită

1) dovezile demonstrează că există asocieri între consumul de alcool și comportamentul ulterior faţă de colegi și prieteni. într-adevăr, consumul excesiv de alcool poate fi ˇîn detrimentul unei persoane tinere care poate să-și păstreze prietenia, mai ales dacă nivelurile de consum sunt mai mari decât în rândul grupului de egali în general

tinerii de liceu care consumă alcool sunt probabil mult mai tentaţi să consume canabis decât colegii lor care nu consumă alcool

consumul de alcool poate avea un efect negativ pe termen scurt asupra performanţei educaţionale a tinerilor

2) elevii sunt mai predispuși să-și piardă orele din cauza consumului de alcool

consumul de alcool de către tineri, în special studenţi, este mult mai probabil să-i facă vulnerabili la a fi victimele unor infracţiuni

alcoolul poate determina mai mulţi tineri să prezinte un

comportament agresiv, deși este probabil ca alţi factori, cum ar fi personalitatea și viaţa de familie, să joace un rol.

V.7. Efecte la nivel neurocerebral. Cum afectează drogurile creierul?

Din motive de etică a cercetării este imposibil să se realizeze studii care să evalueze ce efect are consumul de alcool și droguri în general asupra omului și în special asupra copiilor și tinerilor.

În mod clar, pe baza observaţiilor, consumul de alcool la vârsta copilăriei are un efect mai puternic, cu mai multe afectări ale creierului și pe termen lung comparativ cu adulţii. în schimb există studii care au analizat efectul alcoolului asupra creierului animalelor. Se pot ivi afectări la nivel cognitiv și asupra mecanismelor de învăţare din cauza expunerii cronice la alcool și datorită efectelor neurotoxice ale etanolului asupra hipocampului și a structurilor limbice. Rezultatele cercetărilor efectuate pe modele animale și studiile efectuate de observatorii umani au arătat acest lucru în cazul abuzului de alcool persistent care poate avea ca rezultat o scădere a volumului total al hipocampului, zona responsabilă pentru învăţarea pe termen lung și memorie.[186] în acest sens, Ziegler a comparat 38 adolescenţi care abuzau de alcool cu 69 de persoane care nu consumau alcool pe baza rezultatelor unor teste neuropsihologice. Astfel ˇs-au evidenţiat scoruri mai mici la itemii de IQ verbal, ortografie și lectură comparativ cu abstinenţii.

Diferite părţi ale creierului se dezvoltă la rate diferite pe măsură ce creștem, și în funcţie de gen, de faptul dacă suntem bărbaţi sau femei. Un exemplu este cortexul prefrontal, care găzduiește partea creierului responsabilă de gândirea raţionale.[187]

---

186 Zeigler D, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocogniti- ve effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine 2005;40(l):23-32

187 http://www.education.vic.gov.au/documents/school/teachers/health/factsheetl2011.pdf

Creierul are trei perioade critice de dezvoltare: perioada fetală, copilăria timpurie și perioada de după pubertate. Creierul poate fi afectat de alcool în timpul oricăreia dintre aceste perioade critice de dezvoltare deoarece este vulnerabil la efectele etanolului.[188]

În uter, copilul nenăscut își dezvoltă structura creierului de bază, care este urmată de o perioadă intensă de creștere în copilăria timpurie. Acest proces de cablare de bază permite creierului să dobândească funcţii simple de mișcare, senzaţie și limbaj, precum și un anumit control asupra comportamentului și emoţiilor în timpul copilăriei timpurii.[189]

Alcoolul poate fi dăunător copilului în curs de dezvoltare. Expunerea la alcool la începutul sarcinii poate provoca modificări structurale ale sistemului nervos central (creier, măduva spinării). Datorită acestui risc, National Health and Medical Research Council (NHMRC) din Australia recomandă să nu se consume deloc alcool în timpul sarcinii și alăptării, aceasta fiind cea mai sigură opţiune.[190]

După pubertate, creierul trece prin mai multe schimbări distincte. Iniţial, creierul își mărește reţeaua de căi care îi permit să se adapteze mai ușor la situaţii diferite. în urma acestei creșteri, creierul formează reţeaua de căi pentru a renunţa la căile care nu sunt folosite. Acest lucru permite creierului să fie mai eficient și capabil să realizeze forme mai complexe de gândire și comportament, care vor fi folosite în stadiul de adult.

În a doua decadă a dezvoltării creierului, funcţionarea este îmbunătăţită prin mielinizarea activă

188 Monti P, Miranda R, Nixon K, Sher K, Swartzwelder H, Tapert S, White A, Crews E Adolescence: Booze, Brains, and Behavior. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2010; 29(2):207-220.

189 Guerri C, Bazinet A, Riley E. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alterations in Brain and Behaviour. Alcohol & Alcoholism 2009; 44(2):108-114.

190 National Health and Medical Research Council. (2009). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol: Commonwealth of Australia

(unde fibrele nervoase dobândesc un complex lipoprotein) și eliminarea conexiunilor sinaptice redundante în cortexul profrontal și sistemul limbic.[191]

Cortexul prefrontal, care scade în volum odată cu maturizarea, reglementează funcţii cognitive precum: atenţia la sarcini, integrarea informaţiilor din simţuri diferite, controlarea impulsurilor, comportamentul voluntar motor, planificare, rezolvarea problemelor, gândirea abstractă, raţionamentul și judecata. Dimpotrivă, structurile sistemului limbic (hipocamp, amigdala și zonele septale) în lobii mediali temporali cresc în volum. Hipocampul are un rol deosebit de important în codificarea memoriei pe termen lung și afectarea acestor neuroni poate perturba capacitatea individului de a forma noi amintiri pentru fapte și evenimente.[192] Pe lângă aceste schimbări morfologice, adolescenţa aduce o importanţă semnificativă modificărilor neurochimice în sinapselor creierului. Pur și simplu, schimbările în volumul creierului afectează numărul de receptori care răspund la neurotransmiţătorii circulant, cum ar fi glutamatul, neurotransmiţător excitator care influenţează procesul de învăţare și memorie. Un neurotransmiţător inhibitor în creierul uman este acidul Gamma-aminobutiric (GABA) care este potenţat de alcool și care inhibă acţiunea glutamatului. Prin urmare, nivelurile crescute de GABA contribuie la efectele depresive asupra cogniţiei.

În această etapă a dezvoltării creierului, activităţile în care sunt implicaţi tinerii, inclusiv consumul de alcool, sunt esenţiale pentru modelarea modului în care creierul se va dovedi la sfârșitul acestei faze de dezvoltare.

Creierul adolescent, în special hipocampul, poate fi

---

191 Clark D, Thatcher, DL, Tapert, SF.. Alcohol, psychological dysrégulation, and adolescent brain development. Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 2008;32(3):375-85

192 Zeigler D, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocogniti- ve effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine 2005;40(l):23-32.

deosebit de vulnerabil la efectele alcoolului predispunând astfel tinerii consumatori la alcool, probleme de sănătate mintală și neuro-cognitive care pot persista la vârsta adultă.[193] Tinerii care încep să bea înainte de vârsta de 15 ani au de patru ori mai multe șanse de a îndeplini criteriile de dependenţă de alcool la un moment dat în viaţa lor.[194] Utilizarea timpurie a alcoolului este asociată nu numai cu niveluri mai frecvente și mai ridicate de consum de alcool și dependenţă la vârsta adultă, ci și cu mai multă afectare a sănătăţii mintale și daune sociale.[195]

Deoarece creierul adolescent trece prin aceste modificări dinamice, este probabil să fie mai susceptibil la daune din cauza unor influenţe negative asupra mediului decât creierul adult relativ stabil. Deoarece alcoolul se poate atât de ușor combina cu apa și lipide solubile, este ușor absorbit din stomac și intestin, distribuit pe tot corpul, traversează cu ușurinţă bariera hemato-encefalică. într-adevăr concentraţia de alcool în creier are analogii cu concentraţia din sânge. în condiţii normale, aproximativ 98% din alcoolul ingérât este metabolizat de către enzimele din stomac și ficat și eliminat de rinichi.[196] Rata medie de metabolizare este de aproximativ 30 ml (1 oz) în 3 ore.[197] Dacă alcoolul este consumat la o rată mai mare decât este eliminat, concentraţia de alcool din sânge va

193 Welch KA, Carson A, Lawrie SM. Brain structure in adolescents and young adults with alcohol problems: systematic review of imaging studies, Alcohol Alcohol, 2013, vol. 48 (pg. 433-44)

194 Grant BF, Dawson DA. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, J Subst Abuse, 1997, vol. 9 (pg. 103-10)

195 McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies, PLoS Med, 2011, vol. 8 pg. el000413

196 Zeigler D, Wang CC, Yoast RA, Dickinson BD, McCaffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocogniti- ve effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine 2005;40(l):23-32.

197 Idem

crește până când consumul se oprește.

Cu toate acestea, cortexul prefrontal nu începe să se maturizeze până la vârsta de 19 ani și se maturizează complet în jurul vârstei de 21 de ani la femei și la vârsta de 28 de ani la bărbaţi. Deci, daunele cortexului prefrontal în timpul dezvoltării sale pot avea consecinţe îndelungate pentru memoria tânărului, personalitatea și comportamentul.[198]

Consumul de alcool în timpul adolescenţei poate provoca leziuni permanente ale creierului. Afectările creierului ar putea fi responsabile pentru problemele de memorie, incapacitatea de a învăţa, probleme cu abilităţile verbale, dependenţa de alcool și depresie.

Cercetările arată că o mahmureală poate fi la fel de dăunătoare pentru creier precum consumul de alcool greu prin reducerea capacităţii unei persoane de a învăţa informaţii noi și de a rememora amintirile.

V.8. Efecte asupra sănătăţii mintale

Natura relaţiei dintre consumul de alcool și sănătatea mintală în adolescenţă este oarecum reciprocă.[199] Problemele de sănătate mintală, inclusiv depresie, auto-vătămare și sinucidere, sunt prezente în adolescenţă. Consumul de alcool are efect asupra somnului. Utilizarea alcoolului și, în special, binge drinking este asociat cu tulburări de somn într-o relaţie doză-răspuns. Aceste constatări au fost raportate din studiul naţional longitudinal al sănătăţii adolescenţilor, care a examinat un eșantion de peste 14.000 de adolescenţi și adulţi tineri.[200]

Utilizarea alcoolului a fost asociată cu cazuri de

198 http://www.education.vic.gov.au/documents/school/teachers/health/factsheet!2011.pdf

199 Brown & Tapert (2004) as cited in National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. (2009), www.nhmrc.gov.au

200 Popovivi I., French MT. Binge drinking and sleep problems among young adults, Drug Alcohol Depend, https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013,02.001

sinucidere la minori încă din anii 1990.[201] A fost estimat că alcoolul este susceptibil de a provoca adolescenţiilor de sex masculin de 17 ori, iar femeile trei ori mai multe șanse de a încerca sinuciderea.[202]

Adolescenţii care consumă alcool ca metodă de a face faţă problemelor au mai multe șanse de a suferi de depresie și pot continua cu consumul de băuturi tari, ceea ce este însuși un predictor al comportamentului suicidar. ATENŢIE: intervenţia psihoterapeutică și chiar spitalizarea devine obligatorie.

Consumul de alcool crește riscul pentru o gamă de probleme de sănătate mintală și socială la tineri. Tinerii cu sănătate mintală precară au mai multe șanse de a iniţia consumul de alcool la adolescenţă și să raporteze frecvent consumul de alcool. De asemenea, este mai probabil să bea cu intenţia de a se îmbăta.[203]

Profesorul de Psihologie David Clark de la Universitatea din Oxford, a raportat riscul crescut de tulburare a comportamentului de tip ADHD (Sindromul hiperkinetic cu deficit de atenţie), depresie majoră și tulburări de anxietate la copiii părinţilor cu probleme de alcool în comparaţie cu copiii din familia părinţiilor fără probleme de alcool.[204] Clark a făcut referire și la studii transversale și longitudinale care ilustrează legăturile strânse dintre tulburările psihiatrice și consumul de alcool în adolescenţă. El a sugerat că există o

„Diateză comună”: și anume riscul crescut pentru

---

201 Saunders B, Baily S. Alcohol and young people: Minimizing the harm. Drug and Alcohol Review. 1993;12(l):81-90.

202 Groves S, Stanley BH, Sher L. Ethnicity and the relationship between adolescent alcohol use and suicidal

203behavior. International Journal of Adolescent Medicine & Health. 2007;19(l):19-2

[57] National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia, [online] 2009
Available from: URL: www.nhmrc.gov.au

204 Clark D. (2004),The natural history of adolescent alcohol use disorders. Addiction.;99 (Suppl 2):5-22

psihopatologiile care interferează cu funcţionarea socială, dar și pentru abuzul de substanţe și o gamă largă de comportamente riscante, inclusiv tulburări de consum de alcool.[205]

V.9. Efecte la nivel social.

RĂNIRI AȻȻIDENTALE ȘI VIOLENTE

Delincvenţa juvenilă. Potrivit unor studii din Franţa, 40% dintre tinerii delincvenţi consumă în mod regulat alcool. Alcoolul poate afecta dezvoltarea socială a unui adolescent dacă începe să bea de la o vârstă fragedă. Ei îşi pot petrece timpul consumând alcool în loc să participe la activităţi sportive sau recreative.

Adolescenţii pot apela la alcool ca la o formă de a face faţă problemelor și de a fi mai deschiși la folosirea altor substanţe. Dificultăţile de învăţare cauzate în adolescenţă de consumul de alcool pot avea ca rezultat performanţe scăzute în școală și un risc crescut de probleme sociale, depresie, gânduri suicidare și violenţă.

Consumul de alcool la tineri este asociat cu vătămări corporale, comportament sexual riscant, modele de comportament nefavorabil și eșec academic.[206]

De asemenea, probabilitatea ca adolescenţii să se implice într-un conflict violent atunci când sunt sub influenţa alcoolului este mult mai mare, decât atunci când nu consumă alcool.[207]

În America, în fiecare an, aproximativ 5.000 de tineri sub vârsta de 21 de ani mor ca urmare a consumului alcool. Aceasta include aproximativ 1.900 de decese

---

205 Clark D, Bukstein OG. (1998), Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependence. Alcohol Health and Research World;22(2):117-21.

206 National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia, [online] 2009
Available from: URL: www.nhmrc.gov.au

207 Kodjo et al (2004) as cited in National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. (2009) Available from: URL: www.nhmrc.gov.au

cauzate de accidentele de autovehicule.

1.600 ca urmare a omuciderilor, 300 de sinucideri, precum și sute de alte răniri cum ar fi căderi, arsuri și înecări.[208]

În Sibiu, spre exemplu, 30% dintre subiecţii unui studiu cuprinzând elevi au declarat că cunosc pe cineva care a călătorit într-o mașină sau a condus o mașină fiind sub influenţa alcoolului, dintre care 30 de subiecţi au declarat că cunosc pe cineva care a fost rănit într-un accident sub influenţa alcoolului sau a avut probleme cu poliţia pentru că a condus beat (Copăceanu, 2018, nepublicat).

V.10. Comportament sexual și ALCOOLUL

Există o corelaţie pozitivă între consumul de alcool și iniţierea unui act sexual, conform unui studiu longitudinal pe o perioadă de 7 ani care a inclus 1.399 de norvegieni.[209] Ca factori care au determinat comportamentul sexual, studiile au arătat că acei copii ai căror părinţi oferă mai puţină monitorizare și supraveghere prezintă un risc mai mare pentru iniţierea timpurie a actului sexual. Respondenţii mai în vârstă care au petrecut mai mult timp singuri cu persoane de sexul opus și ai căror valori personale includ sexul ca activitate normală pentru adolescenţi au o probabilitate crescută de a raporta relaţiile sexuale active.[210]

În ceea ce privește sănătatea și comportamentul

---

208 National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA). Traffic Safety Facts 2002: Alcohol. DOT Pub. No. HS-809-606. Washington, DC: NHTSA, National Center for Statistics & Analysis, 2003. Available online at: http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/2002alcfacts.pdf

209 Pedersen W, Samuelsen SO, Wichstrom L. Intercourse debut age: poor resources, problem behavior, or romantic appeal? A population-based longitudinal study, J Sex Res, 2003, vol. 40 (pg. 333-45)

210 DiLorio C, Dudley WN, Soet JE, McCarty F.Sexual possibility situations and sexual behaviors among young adolescents: the moderating role of protective factors. J Adolesc Health. 2004 Dec;35(6):528.ell-20.

sexual, dovezile confirmă faptul că consumul de alcool este asociat cu:

nefolosirea prezervativului în timpul întâlnirii sexuale a tânărului

o probabilitate crescută de a face sex și la o vârstă mai mică

sex neprotejat

sarcini la adolescente

probabilitatea de a contracta infecţii cu transmitere sexuală.

Marea Britanie are cel mai înalt nivel de consum de alcool la adolescenţi și cele mai mari rate de sarcini în adolescenţă din Europa de Vest: 34 de fete la fiecare 1000 au rămas însărcinate sub vârsta de 18 ani (ONS, 2011). Chlamydia a devenit cea mai frecventă infecţie cu transmitere sexuală la femeile din Marea Britanie în vârstă de 16 – 25 ani (Bellis.

2008). în ceea ce privește, ţara noastră, **România, este pe primul loc în Uniunea Europeană în cazul adolescentelor care rămân gravide.** Unele data susţin că 10% din mamele din România sunt minore.

Conform studiului realizat de Eurostat, următoarea ţară în clasament este Bulgaria, cu 14,7%. Institutul Naţional de Statistică preciza că în 2014 în jur de 18.600 de adolescente deveneau mame, iar dintre acestea 2.212 aveau vârste cuprinse între 12 și 15 ani. Două treimi din numărul mamelor minore trăiau în mediul rural.

CONTRACEPŢIE[211]

În Europa, numărul de avorturi înregistrate la femeile cu vârste mai mici de 20 de ani, conform Health for All Database

Număr avorturi ia 1000 născuţi vii, în anul 2012

Ţara	Total	Număr femei sub 20 de ani	Număr femei de 35 ani și peste

211 http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploa-ds/2016/01/A-analiza-de-situatie-2015.pdf

Tajikistan	38,49	20.78	178,08
Croaţia	85,49	215,37	205,97
Bulgaria	43 3,91	370,61	768,61
România	**4 38,26**	**389,33**	**849,07**
Georgia	68 7,78	348,64	849,07
EU	32 1,82		

Conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, în România consumul de alcool la tinerii cu vârste cuprinse între 15 – 19 ani, era următorul: 16.3 pentru ambele sexe, 23.2 pentru băieţi și 9.1 pentru fete (litri de alcool pur).

Comisia ONU pentru Drepturile Economice, Sociale și Culturale le cere autorităţilor române să adopte o strategie naţională privind educaţia sexuală, lucru sprijinit de Ministrul Sănătăţii, fapt ce încă nu ˚s-a materializat până în prezent.

Totuși, tinerii consumă alcool ceea ce înseamnă că există și **consecinţe pozitive** pentru copiii și tinerii care consumă alcool sau cel puţin niște așteptări în urma consumului de alcool. Dacă în timp ce consecinţele negative ale abuzului de alcool sunt considerabile și trebuie luate serios, există dovezi ale unor efecte pozitive asociate cu tinerii care sunt capabili să consume alcool. De exemplu, dovezile arată că:

unii tineri pot beneficia de sporirea încrederii în comunicarea cu persoanele de sex opus

1) consumul de alcool la anumite nivele (nedefinite) poate crește sentimentele tinerilor de sociabilitate

consumul de alcool ca mijloc de sărbătorire și la ocazii speciale poate fi de asemenea pozitiv pentru tineri.

În ciuda acestor remarci pozitive, există mult mai

multe consecinţe negative ale consumului de alcool în timpul copilăriei și adolescenţei care par să depășească impactul modest al celor pozitive. Per total, există cel puţin două metode dovedite a fi eficiente pentru sănătatea și bunăstarea tinerilor. **Prima este amânarea vârstei de iniţiere a alcoolului și a doua este limitarea cantităţii consumate de tineri.**

V.ÎI. Cum pot fi influenţaţi COPIII ÎN CONSUMUL DE ALCOOL. Influenţe negative. Familia

Cu cât mai multe influenţe negative are un copil în viaţa lui, cu atât sunt mai multe șanse de a dezvolta probleme cu alcoolul și drogurile. în ceea ce privește **familia,** certurile dese, repetate, observarea și asistarea la situaţiile când membrii familiei se insultă reciproc, sunt agresivi verbali, familiile în care regulile și consecinţele lor nu sunt suficient de clare, când pedepsele sunt severe sau inconsistente, traiul în sărăcie, antecedentele familiale privind abuzul de droguri, părinţii care abuzează de alcool sau droguri sunt factori de risc în iniţierea și menţinerea sau escaladarea consumului de alcool la tineri.

Adolescenţii care nu dezvoltă relaţii pozitive cu părinţii sunt mai predispuși să dezvolte comportamente adictive precum fumatul, consumul de alcool și de droguri.[212] Deci grupul de suport, familia, prietenii sunt cei care pot contribui la diminuarea riscurilor de a recădea.

S-a crezut mult timp că statutul socio-economic scăzut al părinţilor este un factor de risc pentru rezultatele problematice ale copiilor. Din păcate, din datele deţinute de poliţie cât și de unele cercetări există practica destul de frecventă ca unii dintre părinţi să ofere cantităţi semnificative de alcool copiilor adolescenţi – fie pentru a consuma acasă, fie în afară de exemplu la petreceri, în

212 Guilarmo-Ramos et al. (2005), *Acculturationrelated variables, sexual initiation, and subsequent sexual behavior among Puerto Rican, Mexican, and Cuban Youth.* Health Psychol. 24, 88- 95 în Popa, Camelia (2014), Relații familiale disfuncționale și problemee psihiatrice ale adolescenților, Studii și cercetări de Antropologie, nr 3, p 30

parcuri și pe stradă.[213]

Consumul de substanţe
ÎN CAZUL PĂRINŢILOR

Numărul tinerilor fumători este de trei ori mai mare când cei doi părinţi fumează, spre deosebire de cazurile când părinţii sunt nefumători.[214] în cazul alcoolului, riscul pentru adolescent este de 1.5 ori mai mare în cazul în care tatăl consumă alcool și de trei ori mai mare dacă mama este cea dependentă de alcool.

Sunt și alte atribute ale stilului parental care influenţează adolescenţii: insecuritatea internă și echilibrul emoţional. Astfel părinţii indiferenţi sau răuvoitori, care îl lasă pe copilul lor să se descurce mereu singur, criticându-l sau râzând de el când are un eșec, induc o stare de insecuritate. Drept urmare, un părinte cu o constituţie sensibilă și un anturaj imprevizibil, sufocant, rar disponibil, generator de carenţe, angoasat de orice încercare de dobândire a autonomiei, incoerent în reacţii, care nu respectă individualitatea copilului nu-și va putea construi o lume internă securizantă.[215]

Depresia unuia dintre părinţi are efecte asupra echilibrului psihoemoţional al copilului. **Permisivitatea părinţilor** joacă un rol important în acest proces. Cu cât părinţii sunt mai permisivi faţă de consumul de substanţe cu atât riscul consumului în rândul adolescenţilor este mai mare. într-un studiu la nivel local, aproape 48% dintre elevi au declarat că știu părinţi care permit tinerilor sub 18 de ani să consume alcool acasă/la bar.

Foarte importante sunt raporturile dintre părinţi și copil. După, Cosmovici, se pot face, îndeosebi, trei mari greșeli.

Părinţii sunt prea severi, copilul se lovește la tot pasul de interdicţii, mereu este certat, uneori bătut, i se prevede

---

213 Valentine, G; Holloway, S.L; Jayne, M. & Knell, C. (2007): Drinking places: where people drink and why. York: Joseph Rowntree Foundation.

214 Ibidem

215 Clerget, op. cit, p 129

un viitor sumbru etc. în felul acesta, personalitatea tânărului este strivită, n-are voinţă şi iniţiativă, este mereu anxios. Doar în cazul unui eu foarte puternic asistăm la formarea unui spirit anarhic, revoltat împotriva părinţilor şi apoi împotriva oricărei autorităţi.

A doua greşeală este opusă celei dintâi: părinţii îşi răsfaţă peste măsură odrasla, îi satisfac toate capriciile, nu-l deprind cu munca, cu respectul autorităţii etc. Astfel, creşte un adolescent care cunoaşte doar drepturi personale, nu şi îndatoriri.

Nu învaţă, nu munceşte, dar pretinde mereu. Pe lângă insuccesele şcolare şi profesionale, unii ajung chiar delincvenţi, deşi deseori provin din familii foarte onorabile.

A treia eroare constă în inconsecvenţa educativă. Astăzi părinţii au încasat o primă, sunt veseli şi atunci copilul poate face tot ce poftește. Chiar dacă sparge ceva: „Ei nu-i nimic! Se mai întâmplă!”. Dar peste câteva zile părinţii sunt nervoşi şi copilul e obligat să stea neclintit la masă, să înveţe, să nu crâcnească ceasuri de-a rândul. în asemenea familii copiii sunt dezorientaţi, devin încăpăţânaţi, capricioşi, foarte dificili în raporturile lor sociale.[216]

Efecte negative pot avea relaţiile neechitabile dintre părinţi şi copii: unul este preferat, răsfăţat, protejat, iar altul este vinovat de toate micile „accidente» survenite în timpul convieţuirii şi al jocurilor, ocărit şi pedepsit. Se dezvoltă animozităţi între copii, apar pâra, minciuna, bătăile între fraţi, uneori se deformează caractere, se urâţeşte viziunea tinerilor despre om.

Comunitate

Atitudinile comunităţii faţă de consumul de droguri şi disponibilitatea lor creşte riscul consumului de droguri. în ceea ce priveşte România, comercializarea băuturilor alcoolice adolescenţilor, faptul că sunt disponibile la orice magazin de cartier, uneori sub pretextul că sunt achiziţionate pentru părinţi, alteori cu bună ştiinţă reprezintă în mod clar un factor negativ. într-un studiu

---

216 Cosmovici, Andrei (1996), Psihologie generală, Ed. Polirom, Iaşi, p 36

recent (2018) nepublicat, efectuat de autorul cărţii în 5 școli din Sibiu (două școli gimnaziale și trei licee) însumând un eșantion de 177 de adolescenţi, 95% din răspunsuri au fost afirmative în ceea ce privește ușurinţa cu care au procurat băuturi alcoolice. Cel mai des întâlnit răspuns a fost „din orice magazin din colţul străzii/ non-stop, vânzătoarele nu întreabă ce vârstă ai”. Cu aceeași ușurinţă se pot obţine băuturi alcoolice din cluburi și puburi. A treia sursă de achiziţie este de la prietenii mai mari (persoane majore care iau băutura în locul lor) și ultima chiar de la părinţi.

Tot comunitatea are un rol în prevenirea abuzului de substanţe prin derularea unor campanii antialcool și prin crearea unor servicii specializate pentru tinerii cu probleme de consum. în studiul amintit anterior doar 4% dintre elevi au admis că știu servicii antialcool în comunitate exemplificând agenţiile antidrog și o asociaţie de recuperare.

Comportamentele problematice timpurii și persistente, cum ar fi distrugerea în școală sau lupta cu alţi copii, faptul că tinerii nu simt că fac parte din comunitatea sau societatea lor, că sunt cuprinși de o lipsă de prietenii pozitive sau pentru a fi acceptaţi de către colegi care consumă alcool sunt alte influenţe asupra tinerilor.

Un efect negativ îl poate avea **anturajul,** gașca, gașca („banda”) de copii din cartier, școală, când e dominată de tineri certaţi cu legea și moravurile.

Preadolescenţii (copiii de 11 – 14 ani) pot fi foarte puternic influenţabili.

În acest sens avem cercetări care au subliniat că presiunea grupului de prieteni asupra asumării de riscuri e puternică în această grupă de vârstă, iar adolescenţii care au prieteni/ colegi care consumă substanţe prezintă un risc mai mare de a se angaja în comportamente similare.[217]

217 Gardner N, Steinberg L. Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study, Dev Psychol, 2005, vol. 41 (pg. 625-35)

Acceptarea de la egal la egal este o recompensă socială puternică pentru adolescenţi[218] și este asociată cu o înaltă stimă de sine și o competenţă socială. Având prieteni care beau crește probabilitatea ca tinerii să bea. Tinerii sunt, de asemenea, influenţaţi de cât de mult consumă prietenii lor. Având prieteni mai în vârstă și care petrec mai mult timp cu prietenii de băut, este probabil să se încurajeze consumul excesiv de alcool.[219]

Primele beţii și primele droguri, rar sunt conduite solitare, adolescentul ia hotărârea de a face ceva influenţat de grupul său de prieteni. Curiozitatea și dorinţa de evaziune fiind însoţite de presiunea grupului. Se urmărește trăirea în comun a unei experienţe și negarea diferenţelor și a conflictelor între colegi. Ori administrarea unei substanţe are și rol de a reuni acești tineri solitari. Să te îmbeţi în colectiv este un mod de a avea aceleași trăiri, aceleași stări de bine.[220] între 12 și 16 ani, transformările sunt atât de importante încât există mai multe diferenţe între persoane decât la orice altă vârstă.

În sprijinul testării ipotezei potrivit cărăria alcoolul este contagios, redau o analiză a teoriei influenţei colectivităţii asupra comportamentului consumului de alcool. Astfel au fost incluse date cu privire la 48.215 de elevi cu vârstele cuprinse între 12 la 16 ani din 25 de ţări europene (48,5% bărbaţi, M = 13,83 ani) folosind secvenţe ierarhice generale de modelare liniară.[221] în cele din urmă, a fost construit un model de interceptare ca rezultat pentru a testa ipoteza principală.

Efectul de contagiune privind comportamentul

218 Guyer AE, Choate VR, Pine DS. Neural circuitry underlying affective response to peer feedback in adolescence, Soc Cogn Affect Neurosci, 2102, vol. 7 (pg. 81-92)

219 Bremner P, Burnett J, Nunney F, et al., Young People, Alcohol and Influences, 201 lYorkJoseph Rowntree Foundation www.jrf.org.uk

220 Clerget, op cit, p 138

221 Bräker AB, Soellner R, Is Drinking Contagious? An Analysis of the Collectivity of Drinking Behavior Theory Within a Multilevel Framework.Alcohol Alcohol. 2017 Augl4:l-7. doi: 10.1093/alcalc/agx050.

consumului de alcool necesită o concentrare asupra eforturilor de prevenire a mediului, astfel prin scăderea gradului de acceptare publică a consumului de alcool la adolescenţi, proporţia medie a consumatorilor problematici de alcool în ţările europene poate fi redusă.

În final, mediul **școlar** are o influenţă asupra copilului prin lipsa unui atașament sau a angajamentului faţă de școală și prin realizări academice scăzute.

V.12. Ce rol au trăsăturile DE PERSONALITATE?

Copiii care încep să consume la o vârstă foarte fragedă (înainte de vârsta de 12 ani) au adesea caracteristici de personalitate similare care pot crește probabilitatea ca ei să continue să consume. Trăsături de personalitate precum căutarea senzaţiei și dezinhibirea comportamentală sunt asociate cu un risc crescut de a dezvolta tulburări de consum a substanţelor în adolescenţă și pot media riscul genetic.[222] O nouă constatare într-un studiu din Norvegia a fost că un concept pozitiv de sine în domeniul „atracţiei romantice” reprezintă un predictor puternic, dar numai pentru băieţi pentru debutul consumului de alcool și comportamentul sexual.[223]

Tinerii care sunt perturbatori, hiperactivi și agresivi – adesea consideraţi ca având tulburări de conduită sau trăsături antisociale – precum și cei care sunt deprimaţi, retrași, sau anxioși pot prezenta cel mai mare risc pentru problemele cu alcoolul. Alte probleme de comportament asociate cu alcoolul includ rebeliunea,[224] dificultate de a

---

222 Laucht M, Becker K, Blomeyer D, Schmidt MH. Novelty seeking involved in mediating the association between the dopamine D4 receptor gene exon III polymorphism and heavy drinking in male adolescents: results from a high-risk community sample, Biol Psychiatry, 2007, vol. 61 (Pg- 87-92)

223 Pedersen Wl, Samuelsen SO, Wichstrom L.Intercourse debut age: poor resources, problem behavior, or romantic appeal? a population-based longitudinal study. J Sex Res. 2003 Nov;40(4):333-45.

224 Brook, J.S.; Whiteman, M.; Finch, S.; and Cohen, P. Aggression, intrapsychic distress, and drug use: Antecedent and intervening processes. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 34:1076-1084, 1995. PMID: 7665446

evita situaţiile periculoase și o serie de alte trăsături văzute la tinerii care acţionează fără respect pentru reguli sau pentru sentimentele altora (adică dezinhibarea).[225]

Un studiu longitudinal din vestul Scoţiei (N = 2586 de elevi) a explorat efectele cauzale ale consumului de alcool și ale comportamentului antisocial la elevi cu vârste cuprinse între 11 și 15 ani și a concluzionat că, comportamentul antisocial a fost principalul predictor al consumului necorespunzător de alcool și al problemei legate de alcool în această grup de elevi.[226] Un alt studiu american care a inclus 429 de tineri din mediul rural a concluzionat că delincvenţa la vârsta de 11 ani a fost un predictor pozitiv al consumului de alcool la 16 ani atât pentru băieţi, cât și pentru fete.[227]

Părerile specialiștilor sunt extrem de împărţite. Diverse studii clinice au evidenţiat o frecventă asociere a tulburărilor de personalitate cu abuzul de substanţe, comorbiditate ce face managementul clinic atât de dificil, încât uneori poate fi chiar greu de stabilit dacă acestea au un rol etiologic sau apar secundar consumului de droguri.[228] Consumul de droguri duce la depresie (sau alte afecţiuni psihice), depresia poate fi asociată cu abuzul de alcool, iar alteori în mintea pacientului nu există o demarcaţie limpede între consum și simptomele trăirii psihice.

Pe de altă parte, în cazul tulburărilor la copii, ˟s-a demonstrat că depresia la vârsta de 11 ani are o relaţie

---

225 Jones, S.P., and Heaven, P.C. Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. Journal of Adolescence 21:127-134, 1998. PMID: 9585491

226 Young R, Sweeting H, West P. A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour in young people, Alcohol Alcohol, 2008, vol. 43 (pg. 204-14)

227 Mason WA, Hitchings JE, Roth RL. Emergence of delinquency and depressed mood throughout adolescence as predictors of late adolescent problem substance use, Psychol Addict Behav, 2007, vol. 21 (pg. 13-24)

228 Bălăceanu-Stolnici, op. cit, p. 332

semnificativă cu utilizarea substanţei la vârsta de 14 ani.[229] Totodată, adolescenţii cu depresii care se confruntă cu un nivel ridicat de stres în mediul înconjurător pot utiliza droguri pentru a se autotrata, ca un mecanism de coping. Asocierea între starea de emoţională de deprimare și consumul de alcool pare să fie mai puternică la adolescenţii cu mai puţine probleme de comportament.[230]

V.13. Factori genetici

Creierul adolescentului suferă schimbări neuro-evolutive profunde, la rândul său influenţate de factori genetici, de mediu și hormoni sexuali. Neurotransmisia glutamatergică este predominantă, iar maturarea circuitelor neuronale facilitează dezvoltarea social-emoţională. în același timp, pubertatea se manifestă prin schimbări fizice exterioare. Factorii de risc pentru tulburările de consum de alcool la adolescenţi pot fi ˟împărţiţi în factori de mediu, genetici și fenotipici.[231] Interacţiunea genetică-mediu determină utilizarea individuală a alcoolului și a tulburărilor de consum.[232]

Predispoziţia genetică reprezintă aproximativ jumătate din riscul de dezvoltare a dependenţei de alcool.[233] Adolescenţii cu un istoric familial al problemelor legate de alcool prezintă un risc mai mare de a dezvolta o problemă cu alcoolul și la o vârstă mai mică decât colegii lor cu istorii ale familiei fără consum de alcool. Factorii genetici pot avea mai multă influenţă asupra comportamentului consumului de alcool la sfârșitul

229 King SM, lacono WG, McGue M. Childhood externalizing and internalising psychopathology in the prediction of early substance use, Addiction, 2004, vol. 99 (pg. 1548-59)

230 Hussong A, Gould L, Hersh M. Conduct problems moderate self-medication and mood-related drinking consequences in adolescents, J Stud Alcohol Drugs, 2008, vol. 69 (pg. 296-307)

231 Nelson EE, Leibenluft E, McClure EB. The social reorientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology, Psychol Med, 2005, vol. 35 (pg. 163-74)

232 Marshal, ibidem

233 Ibidem

adolescenţei decât la începutul adolescenţei.[234]

Unii dintre factorii comportamentali și fiziologici care converg pentru a crește sau a reduce riscul unei persoane pentru probleme legate de alcool, inclusiv toleranţa la efectele alcoolului, pot fi legaţi direct de **genetică.** De exemplu, copilul unui părinte alcoolic sau care are mai mulţi membri ai familiei alcoolici, prezintă un risc mai mare de probleme legate de alcool. Copiii părinţilor alcoolici au între 4 și 10 ori mai multe șanse să devină alcoolici decât copiii care nu au rude apropiate cu alcoolism.[235] Pentru aceștia, de asemenea, este mult mai probabil să înceapă consumul de alcool la o vârstă fragedă și să progreseze mai repede spre probleme legate de alcool.[236]

Factorii de mediu socioculturali joacă un rol foarte mare în consumul de droguri, iar patologia prin abuz de droguri se datorează concomitent interrelaţiei dintre factorii genetici și de mediu. Explicaţia ar fi următoarea: genotipul produce o creștere a expresiei factorului de mediu de risc, exacerbează efectul factorului de risc, însă pentru creșterea riscului de apariţie al dependenţei sunt necesari atât factorul genetic cât și factorul de mediu de risc.[237] în privinţa eredităţii, aceasta este semnificativă și variază între 40% și 70%, fiind responsabilă de variabilitatea manifestărilor clinice datorate consumului și abuzului de droguri. Conform cercetărilor lui Lerman și Berretini, factorii genetici joacă un rol mai puţin important în iniţierea consumului decât în producerea dependenţei.

---

234 Rose RJ, Dick DM, Viken RJ, Kaprio J. Gene- environment interaction in patterns of adolescent drinking: regional residency moderates longitudinal influences on alcohol use, Alcohol Clin Exp Res, 2001, vol. 25 (pg. 637-43)

235 Russell, M. Prevalence of alcoholism among children of alcoholics. In: Windle, M., and Searles, J.S., eds. Children of Alcoholics: Critical Perspectives. New York: Guilford, 1990. pp. 9-38

236 Donovan, J.E. Adolescent alcohol initiation: A review of psychosocial risk factors. Journal of Adolescent Health 35:529.e7-18, 2004. PMID: 15581536

237 Ibidem, p. 317

Se pare că există peste 1500 de gene implicate în consumul și dependenţa de droguri. Lyly și colaboratorii au identificat următoarele gene și anume: în cazul alcoolului 316 gene, pentru cocaină 164, pentru opiacee 109 și pentru nicotină 162.

În concluzie, rolul eredităţii este indiscutabil, însă această ereditate nu este de ordin general, ci specifică pentru fiecare drog în parte.[238]

V.14. Un nou factor de risc: social media

Brandurile de alcool sunt inovatoare în folosirea social media și o folosesc pentru a viza tinerii. Social media permite brandurilor să vizeze tinerii într-o serie de moduri care merg neobservate de autorităţile de reglementare și de mulţi adulţi, inclusiv de părinţi.

Platformele online, numite social media, cum ar fi Facebook permit companiilor din industria alcoolului să colecteze date pentru a le ajuta să vizeze publicul. Acest lucru înseamnă că puteţi vedea un anunţ pe Facebook pentru un anumit brand de alcool prin sponsorizarea unui meci de fotibal pentru că aţi fost la meci, în timp ce copilul poate vedea un alt anunţ pentru același brand prin sponsorizarea unui festival de muzică la care a participat.[239]

Un exemplu al modului în care brandurile de alcool îşi favorizează sponsorizarea unui festival de muzică este prin trimiterea unui fotograf pentru a face fotografii ale oamenilor de la eveniment. Fotografiile sunt apoi afișate pe pagina Facebook a mărcii alcoolice, iar persoanele din fotografii se vor eticheta și le vor împărtăși prietenilor. Acest lucru permite companiei de alcool să colecteze mai multe date despre tânăr și să continue să le vizeze cu lucruri cum ar fi concursuri și discuţii în jurul atrăgătoarelor subiecte culturale. Acest dialog bidirecţional este mult mai intim și mai eficient decât publicitatea tradiţională prin televiziune, radio și panouri

238 Ibidem, p. 316

239 https://adf.org.au/alcoholdrug-use/teenagers/ influencers/

publicitare.[240]

Pe măsură ce marketingul cu alcool devine mai vizat, este dificil ca oricine să știe sau să măsoare cât de multă promovare a alcoolului primesc tinerii. Tinerii cu vârsta sub 18 ani folosesc social media foarte mult – pot să creeze un cont pe Facebook la 13 ani. Acest lucru face din ce în ce mai important ca părinţii să vorbească [u copiii lor despre felul de branduri cu care se angajează prin intermediul reţelelor sociale și să le ofere sugestii despre cum să se gândească la aceste mesaje.

Reclame

Doar în Australia, care nu este cea mai consumatoare ţară de alcool, se estimează că industria alcoolului va cheltui aproximativ 1 miliard de dolari pe an pentru promoţii precum anunţuri la televiziune, panouri publicitare și afișe, anunţuri online și sponsorizări sportive.

Industria alcoolului cunoaşte că, copiii de astăzi sunt băutorii de mâine, iar publicitatea lor se adresează necontenit copiilor. Promovarea asociază alcoolul cu sărbătorirea, compasiunea, distracţia și relaxarea. **Ea descrie consumul de alcool ca o parte necesară a oricărei ocazii sociale.**

În Australia, deși publicitatea privind alcoolul la televizor ar trebui să fie interzisă atunci când copiii ar putea fi viziona, este permisă în timpul difuzării evenimentelor sportive. Companiile de alcool au, de asemenea, dreptul de a face publicitate în afara panourilor, la staţiile de transport public și la autobuze și tramvaie. Au posibilitatea de a sponsoriza sportul sau echipa sportivă a copiilor.

Cercetările arată că, cu cât este mai mare expunerea unui copil la alcool (inclusiv prin reclame), cu atât este mai probabil ca acesta să-și iniţieze consumul mai devreme și să consume în cantităţi mai riscante.[241]

---

240 The Alcohol and Drug Foundation (ADF) Australia’s https://adf.org.au/alcohol-drug-use/teenagers/influencers/

241 Roche, A.M.,. Bywood, J. Borlagdan, B. Lunnay, T. Freeman, L.

Tipuri de consum

Pentru fiecare vârstă, deci și în cazul adolescenţilor se disting patru tipuri de consum:

Utilizarea neproblematică/ocazională

Utilizarea cu risc

a) Abuzul

Dependenţa.

Utilizarea neproblematică este caracterizată de un consum moderat, hedonic, festiv, asupra căruia subiectul păstrează controlul fiind strâns legată de condiţiile sociale și culturale, ea nu privește medicul sau alt specialist și aparţine libertăţii individuale. Caracteristic acestui tip de consum este că nu are efecte negative, daune fizice sau psihice pentru consumator. Deci poate fi o experienţă plăcută și atât.

Utilizarea cu risc, se referă la categoria adolescenţilor care nu sunt încă dependenţi de substanţe, nici nu au un comportament abuziv, ci prezintă niște caracteristici și trăsături de comportament sau circumstanţe care conţin deja un risc pentru consumator, riscul fiind imediat sau potenţial. Noţiunea de risc se referă atât la trăsăturile consumatorului (în cazul nostru adolescenţi), condiţiile de consum (conduita în starea de ebrietate, consum în locuri interzise, la școală) cantităţile consumate (în funcţie de sex și de substanţă), maniera de consum (căutarea sistematică a stării de ebrietate), natura produselor (unele substanţe fiind considerate de risc încă de la experimentare).[242]

V.15. Măsuri eficiente de
REDUCERE A CONSUMULUI DE
SUBSTANŢE ÎN RÂNDUL COPIILOR

Guvernul României nu știu ce a făcut, dar Guvernul Marii Britanii a introdus treptat câteva măsuri eficiente: [243]

Lawton, A. Tovell and R. Nicholas. (2007). 'Young people and alcohol: the role of cultural influences', National Centre for Education and Training on Addiction, Adelaide

242[105] Marcelii, *op.cit,* p 457-458

243 Department for Children, Schools and Families, The Home Office, Department of Health Youth Alcohol Action Plan Presented to

Interzicerea achiziţionării alcoolului de către persoanele sub 18 ani, susţinută de o aplicare riguroasă a sancţiunilor împotriva comercianţilor care pun în vânzare alcool celor sub 18 ani.

1) Interzicerea consumului în locuri publice inclusiv prin confiscarea băuturilor.

2) Acorduri voluntare și obligatorii cu privire la marketingul și publicitatea alcoolului de asemenea a fost negociat cu industria, în special pentru adresabilitatea către tineri.

De exemplu, regulile din publicitate stipulează că anunţurile și reclamele la alcool din cadrul televiziunilor să nu se adreseze persoanelor sub 18 ani. Un alt principiu obligatoriu de respectat: evitarea sugestiilor potrivit cărora consumul de alcool poate spori nivelul social, sexual, fizic, mental, financiar sau sportiv sau, dimpotrivă, că decizia de a nu bea poate avea efecte invers.

Programe de prevenire și intervenţii EFICIENTE CENTRATE PE CONSUMUL DE SUBSTANŢE LA ADOLESCENŢI

Programele de prevenire ar trebui să abordeze toate formele de abuz de droguri, singure sau în combinaţie, inclusiv utilizarea substanţelor legale de către minori (de ex., tutun sau alcool); utilizarea drogurilor ilegale (de exemplu, marijuana sau heroină); și utilizarea necorespunzătoare a substanţelor obţinute legal (de exemplu, inhalanţi), medicamentele eliberate pe bază de prescripţie medicală sau medicamentele fără prescripţie medicală.

Programele de prevenire ar trebui să abordeze problema tipului de abuz de droguri în comunitatea locală, să vizeze factori de risc modificabili și să consolideze factorii de protecţie identificaţi.[244]

Parliament by the Secretary of State for Children, Schools and Families, the Secretary of State for The Home Office, Secretary of State for Department of Health by Command of Her Majesty June 2008

244 Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Arthur, M.(2002), Promot ing sciencebased prevent ion in communit ies. Addictive Behaviors 90(5):l-

Institutul Naţional de Excelenţă Clinică (NICE) din Marea Britanie recomandă următoarele acţiuni pentru copiii și tinerii cu vârsta cuprinsă între 10 și 15 ani, identificaţi cu probleme în consumul de alcool: [245]

Utilizaţi judecata profesională pentru a evalua în mod curent capacitatea acestor copii și tineri de a-și da acordul pentru intervenţiile și tratamentul legat de alcool. Unii vor necesita implicarea părinţilor sau tutorilor.

Utilizaţi judecata profesională pentru a decide asupra modului adecvat de acţiune. în unele cazuri, poate fi suficient să se empatizeze și să se dea o opinie cu privire la importanţa consumului de alcool și a altor aspecte conexe care ar putea apărea. în alte cazuri, poate fi necesară consiliere și sprijin mai intens.

1) Dacă apare un motiv să se creadă că există un risc semnificativ de efecte negative ale alcoolului, luaţi în considerare trimiterea la servicii de sănătate mintală, îngrijire socială sau la serviciile de alcool pentru tineri pentru îngrijirea copiilor și adolescenţilor, dacă este cazul și disponibil.

2) Asiguraţi-vă că discuţiile sunt potrivite pentru vârsta copilului sau tinerei persoane și pentru capacitatea lor de a înţelegere, maturitatea emoţională, cultura, credinţa și convingerile. Discuţiile (și instrumentele utilizate) ar trebui să ţină seama și de nevoile lor specifice (sănătate și sociale) și să fie adecvate poziţiei.

Pentru copiii și tinerii cu vârsta cuprinsă între

16 și 17 ani identificaţi prin screening ca fiind consumatori la risc sau grav, NICE recomandă următoarele acţiuni: [246]

Cereţi permisiunea tânărului de a organiza o scurtă intervenţie pentru aceștia.

Personalul instruit corespunzător trebuie să ofere

26,

245 https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/ chapter/l-recommendations

246 https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/ chapter/l-recommendations

tânărului o intervenţie pe termen scurt extinsă.

Oferiţi informaţii despre serviciile locale de dependenţă specializate celor care nu doresc să discute, dar care doresc să primească ajutor suplimentar. Trimiteţi-i la aceste servicii de terapie, dacă ei îşi doresc acest lucru. Recomandarea trebuie făcută serviciilor care se adresează tinerilor.

Oferiţi celor care caută în mod activ un tratament pentru o problemă cu alcoolul o evaluare fizică și psihică sau recomandaţi-le să meargă pentru a primi un tratament și o îngrijirea adecvată.

Indiferent de tipul de intervenţie, motivaţia reprezintă un factor esenţial iar ședinţele care au ca obiectiv schimbarea comportamentului-problemă se bazează pe principiul că schimbările nu se vor produce decât dacă persona respectivă dorește ea însăși acest lucru. Modul schimbării elaborat de Prochaska și Di ˇClemente în 1986 ˇs-a dovedit a fi eficient și des utilizat în psihologie, inclusiv astăzi. Tehnicile motivaţionale constă în adresarea de întrebări, practicarea ascultării active, practicarea în mod regulat a unor scurte recapitulări ale cuvintelor pacientului, întărirea cuvintelor pacientului care exprimă o motivare pentru schimbare. Astfel clientul este ajutat după ce conștientizează comportamentul problematic să exploreze ambivalenţa și contradicţiile sale, să formuleze dilema, să determine ce schimbări dorește să facă, respectând și întărind sentimentul libertăţii de a alege, să ia decizia de a realiza această schimbare și să aleagă mijloacele pentru a atinge obiectivele la care aspiră.[247]

V.16. Intervenţii eficiente pentru REDUCEREA CONSUMULUI DE SUBSTANŢE

O intervenţie scurtă pentru alcool adaptată pentru tineri este o conversaţie scurtă, bazată pe dovezi, structurată și nonconfrontaţională despre consumul de alcool. Acesta urmărește să motiveze și să susţină adolescentul să gândească și să planifice schimbările în

247[1,1] Vera, op cit, p. 361

comportamentul consumului de alcool, pentru a reduce consumul și riscul de a-și face rău.

Studiile recente privind consumul de alcool indică, de asemenea, că strategiile de prevenire trebuie să ţină cont de caracteristicile grupurilor vizate, în cazul nostru de caracteristicile adolescenţilor.

O metaanaliză a tratamentelor pentru abuzul de substanţe la adolescenţi a constatat că în reducerea consumului de alcool intervenţiile individuale au avut rezultate mai bune decât intervenţiile familiale.[248] însă cu privire la acest rezultat ar trebui interpretate cu prudenţă deoarece numărul de studii incluse a fost relativ mic (n = 16 și 26 de rezultate). Cu toate acestea, tratamentele comportamentale individuale și familiale au fost eficiente în promovarea reducerii pe termen lung a consumului de alcool (adică după o perioadă de urmărire de 12 luni).[249] Departamentul de Educaţie din Australia[250] a implementat politici de promovare a sănătăţii și recomandă evitarea consumului de alcool prin materiale informativ-educative.

Modificările care apar la nivelului creierului în anii adolescenţei fac ca tinerii să fie mai vulnerabili la dependenţa de droguri. Persoanele care utilizează alcoolul mai înainte de vârsta de 15 ani au un risc de cinci ori mai mare să abuzeze de alcool decât cei care consumă mai întâi alcoolul la vârsta de 21 de ani sau mai mult. Această utilizare crescută duce la o șansă mai mare a problemelor legate de alcool în perioada ulterioară, inclusiv a deveni dependent de alcool. Orice program trebuie să ţină seama că în încercarea de a renunţa la substanţă, persoana în cauză, adolescentul, se confruntă cu sindrom de renunţare. în cazul nicotinei de exemplu simptomele cele mai frecvente sunt anxietatea, iritarea, tulburarea de somn,

---

248 Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, et al. (2010), Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a me- ta-analytic review, Arch Pediatr Adolesc Med, voi. 164 (pg. 85-91)

249 Marshall, ibidem

250 http://www.education.vic.gov.au/documents/school/teachers/health/factsheetl 2011 .pdf

dificultatea de concentrare a atenţiei, pofta de a fuma, foamea, durerile de cap și probleme gastrointestinale.[251] La adolescenţii care au luat parte la programele de abandonare a fumatului au fost evaluate răspândirea și severitatea simptomelor renunţării la nicotină, simptomul cel mai frecvent fiind pofta puternică de a fuma, observat în 60% din cazuri, apoi iritarea în 51% și dificultăţile de concentrare a atenţiei în 41% din cazuri.[252]

Recomandările indică limpede: din motive de sănătate, cercetările recente sugerează că **persoanele sub 18 ani ar trebui să evite alcoolul.** Totodată, Guvernul australian a concluzionat că nu există o cantitate de alcool care poate fi considerată sigură și că tinerii sub vârsta de 18 ani ar trebui să nu bea pentru a nu se îmbăta.

Intervenţiile scurte în cadrul secţiilor de urgenţă din spitale pot fi eficiente în reducerea consumului de alcool periculos la adulţi tineri, dar necesită resurse care nu sunt disponibile frecvent.

Un studiu randomizat din America a testat pe o perioadă de trei 3 luni o intervenţie folosind mesaje pe telefon mobil (sms), pentru tinerii cu risc crescut pentru consumul de alcool. în fiecare zi în Statele Unite, mai mult de 50.000 de tineri adulţii cu vârsta între 18 și 24 de ani vizitează un departament de urgenţă dintre care jumătate au probleme legate de consumul de alcool.[253] Astfel au fost randomizaţi 765 de pacienţi tineri care ˟s-au prezentat la secţia de primiri urgenţă și au fost testaţi pozitiv pentru utilizarea periculoasă a alcoolului în trei grupe: intervenţii de evaluare a SMS-urilor care au fost rugaţi să răspundă la întrebări legate de consumul de băuturi și să primească

251 [1,5] Zorin, K.V. (2014), Dependența de computer, de jocuri, de nicotine, traducere de Adrian Tănăsescu Vlas, Ed Sofia, București, p226

252 ibidem

253 Kelly TM, Donovan JE, Chung T, et al. Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-Item Scale. Addict Behav. 2009;34:668-674.

feedback în timp real prin SMS în fiecare joi și duminică timp de 12 săptămâni (n = 384), al doilea grup care au fost rugaţi să răspundă la consumul de alcool în fiecare duminică, dar nu au primit niciun feedback (n = 196) și un grup de control care nu a primit niciun SMS (ni4185). Rezultatele primare au raportat numărul de zilele de consum și numărul de băuturi pe zi în ultimele 30 de zile, colectate printr-o metodă online de urmărire în timp și au fost analizate cu modele de regresie. în a doua fază au fost colectate răspunsuri cu privire la proporţia participanţilor care au avut episoade de consum de alcool în weekend și cu privire la cele mai multe băuturi consumate la o singură ocazie în timpul a 12 weekend-uri, răspunsuri colectate prin SMS.

Concluzia studiului a fost că o intervenţie de tip SMS poate produce reduceri ale consumului de alcool și a numărului de băuturi consumate pe zi în cazul adulţilor tineri cu risc crescut pentru abuzul de alcool după ce au fost externaţi de la secţia de primiri urgenţe.[254]

Desigur că și în acest studiu au existat limite. O primă limită ar fi faptul că fiecare participant știa cărui grup aparţine, pe urmă faptul că inclusiv informaţiile primite în formă de self-report prezintă o limitare. în final, constatările nu pot fi generalizate la grupurile de persoane care nu au fost incluse în acest studiu.

Studiile despre cât de eficiente sunt intervenţiile de scurtă durată precum un interviu motivaţional, un feedback, în reducerea consumului de alcool au fost realizate încă din 2008 când Monti și colaboratorii a demonstrat că un interviu motivaţional cu 87 de tineri are un efect în reducerea consumului de alcool la 6 luni după ce aceștia au fost externaţi din spital.[255]

---

254 Suffoletto B, Kristan J, Callaway C, Kim KH, Chung T, Monti PM, Clark DB.A text message alcohol intervention for young adult emergency department patients: a randomized clinical trial. Ann Emerg Med. 2014 Dec;64(6):664-72.e

255 Mont i PM, Ba r net t N P, Colby SM, et a 1. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult

În 2012, DƷOnofrio și colaboratorii au demonstrat cum un scurt interviu cu persoanele care au consumat alcool la un nivel ridicat de risc ar putea reduce consumul de alcool de la 6 și 12 luni după externare.[256]

V.16.a. **Programe de prevenire în școală**

Elevii din școala primară nu cunosc foarte multe despre droguri. Potrivit unui studiu efectuat de Life Education în rândul copiilor între 9 și 11 ani, la întrebarea „ce droguri cunoaşteţi?”, răspunsul dat de 50% dintre elevi a inclus patru sau mai multe tipuri de droguri, menţionate spontan, printre care cel mai cunoscut era cocaina, răspuns oferit de

71% dintre copii. Studiul sugerează că diferenţele sunt determinate de programa școlară care include subiectul drogurilor ilegale.[257] Din păcate, există școli în România care nu au nicio formă de educaţie antidrog la vârste mici.

Primele programele de prevenire din școală au fost în principal de informare și adesea folosind tactici de speriat; având la bază presupunerea că, dacă tinerii înţelegeau pericolele consumului de alcool, ei ar alege să nu consume. Aceste programe au fost total greșite. Astăzi, ˟s-au dezvoltat alte programe eficiente în școli, care au adesea o serie de elemente în comun: urmează modele de influenţă socială și includ stabilirea de norme, abordarea presiunilor sociale de a bea și predarea unor abilităţi de rezistenţă la consum. Aceste programe oferă, de asemenea, servicii interactive și informaţii adecvate dezvoltării sociale, și totodată furnizează formare pentru profesori.[258]

Centrele de sănătate din cadrul școlilor au fost

problem drinking. Addiction. 2007;102:1234-1243.

256 D’Onofrio G, Fiellin DA, Pantalon MV, et al. A brief inter vention reduces hazardous and harmful drinking in emergency department patients. Ann Emerg Med. 2012;60:181-192

257 Joshi, Liat Hughes, Cum *ne educăm copiii (4-11 ani),* traducere de Andra Hâncu și Ioana Panţir, Ed Polirom 2012, p. 186

258 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Interventions for alcohol use and alcohol use disorders in youth. Alcohol Research & Health 28(3):163-174, 2004/2005

asociate cu rezultate pozitive în ceea ce privește sănătatea și rezultate academice. California Healthy Kids Survey este un studiu care a adunat date de la 504 licee tradiţionale din California raportând o asocierea între folosirea centrelor și consumul de alcool, tutun și alte consumuri de droguri pe rasă / etnie, sex și statutul socio-economic.[259]

Însă, din păcate, nu toate programele din școală ˇs-au dovedit a fi eficiente în reducerea comportamentelor de risc, așa cum este cazul unui studiu publicat în 2017. Centrul pentru Controlul și Prevenirea Bolilor din America a identificat șase comportamente critice de risc (leziuni și violenţe neintenţionate, comportamente sexuale care duc la sarcini și infecţii, consumul de alcool și alte droguri, consumul de tutun, obiceiuri alimentare slabe și activităţi fizice insuficiente). Scopul unui studiu cantitativ a fost de a investiga care comportamente de risc pentru sănătate au fost influenţate de un nou centru de sănătate din școli (ZBHC), folosind două sisteme de școli urbane în regiunea Atlanticului Mijlociu în 2007, respectiv 2011. în studiul din 2007, au fost analizaţi într-o școală 548 de elevi din Carolina de Nord și 594 din Virginia, iar în anul 2011 au fost 347, respectiv 397 elevi. Instrumentul de analiză a folosit un chestionar cu 95 de întrebări pentru liceu și 49 de întrebări pentru școala gimnazială. Principala constatare din acest studiu a fost că programele nu au avut un efect semnificativ asupra comportamentelor de risc al elevilor din sistemul școlar, ceea ce obligă admnistraţia școlară să aanalizeze cât de serioase sunt programele oferite și cum se pot îmbunătăţi.[260]

V.16.b. **Programe de prevenire pentru familie**

Programe de prevenire pentru familie au la bază

259 Bersamin M, Paschall M, Fisher DA, School-Based Health Centers and Adolescent Substance Use: Moderating Effects of Race/Ethnicity and Socioeconomic Status, J Sch Health. 2017 Nov;87(ll):850-857. doi: 10.1111/josh.l2559.

260 Bräker AB, Soellner R.Is Drinking Contagious? An Analysis of the Collectivity of Drinking Behavior Theory Within a Multilevel Framework, Alcohol Alcohol. 2017 Aug 14:1-7. doi: 10.1093/alcalc/agx050

crearea de abilităţi pentru părinţi de a influenţa dacă copiii lor sunt bine documentaţi și deţin informaţii despre consum. Bunăoară, stabilirea unor reguli clare împotriva consumului de alcool, prin aplicarea consecventă a acestor reguli și monitorizarea comportamentului copilului poate ajuta la reducerea probabilităţii consumului de băuturi alcoolice în cadrul minorilor. Recomandările specialiștilor către părinţi sunt ca părinţii să le ofere informaţii de bază copiilor pe care să le adapteze vârstei, la vârstele mai mici nefiind necesar să le ofere detalii legate de narcotice și caracteristicele lor. Li se recomandă părinţilor să fie atenţi la informaţiile pe care deja copiii le deţin din auzite (prieteni, internet), să limiteze expunerea copilului la știrile pentru adulţi, să îi încurajeze și să îi liniștească.[261]

De exemplu, Programul Iowa Consolidarea Familiilor (ISFP), implementat când elevii erau în clasa a 6-a, este un program care a demonstrat efecte preventive de lungă durată asupra consumului de alcool.

Într-un alt studiu în care au fost incluși 2.937 de adolescenţi (cu vârsta medie de 12,6), alături de părinţii lor ˇs-a oferit o intervenţie pentru părinţi și adolescenţi și o intervenţie separată doar pentru adolescenţi și ˇs-au studiat efectele acestei intervenţii. Intervenţia pentru părinţi a modificat regulile și atitudinile privind alcoolul, așa cum au declarat părinţii. ˇS-a constatat un efect indirect al intervenţiei pentru părinţi prin intermediul regulilor părintești. Intervenţia combinată (părinţi și copii) a influenţat atât regulile și atitudinile raportate de adolescenţi, cât și atitudinile faţă de alcool și autocontrolul perceput de adolescenţi, dar numai regulile percepute și eficacitatea de sine, raportate de adolescenţi, și atitudinile părintești au mediat asocierea intervenţiei combinate și debutul consumului săptămânal. Nu ˇs-au constatat efecte semnificative ale intervenţiei separate pentru elevi asupra factorilor de mediere. Cu alte cuvinte, intervenţiile cu părinţii și adolescenţii pentru a preveni consumul de alcool în rândul adolescenţilor pot viza în mod util regulile

261 Joshi, op cit, p. 188

părinteşti faţă de alcool şi încrederea în sine a adolescenţilor.[262]

V.16.C. **Tratament medicamentos**

De cele mai multe ori pacienţii vor soluţii miraculoase şi dacă se poate să primească un medicament care să îi scape de dependenţă şi mai mult să elimine orice formă de senzaţii negative, de dureri, stări de rău sau mai ales sevraj. în mod clasic, aşa cum nota Vrasti, farmacoterapia dependenţei de alcool cuprinde trei etape care includ terapia sevrajului, detoxifierea şi menţinerea abstinenţei.

Disulfiramul (antalcol, antabuse)

Mecanismul de acţiune al disulfiramului este dat de inhibiţia enzimei aldehid-dehidrogenaza care este responsabilă de oxidarea alcoolului în ficat. Prin blocarea acestei căi enzimatice în organism se acumulează acetaldehida ceea ce duce la simptomele deja menţionate. Pe lângă aceasta, disulfiramul inhibă dopamine-beta-hidroxilaza, o enzimă implicată în controlul nivelului catecolaminelor cerebrale, ceea ce explică apariţia somnolenţei şi stării de oboseală de care se plâng pacienţii care iau această substanţă, raportându-se chiar apariţia unor stări confuzionale.[263]

Pentru dependenţa de heroină, cunoscuta metadonă se prescrie sub formă de tablete şi soluţie, ambele cu gust amar. Absorbţia este bună la nivelul tractului gastro-intestinal după administrare orală şi mult mai mai rapidă după injectarea subcutanată (10 minute). După administrare la nivel subcutanat sau intramuscular se înregistrează concentraţii maxime în creier într-un interval de 60 – 120 de minute.[264]

---

262 Koning IM, Eijnden J, Engels R, et al. Why target early adolescents and parents in alcohol prevention? The mediating effects of self-control, rules and attitudes about alcohol use, Addiction, 2010, vol. 106 (pg. 538-46)

263 Radu Vrasti: „Tratamentul Alcoolismului” http://www.vrasti.org/Cap.%205.%20Tratament%20farmacologic. pdf

264 Prelipceanu, op cit, p 12-13

Naltrexona a fost aprobată pentru a ajuta pe cei ce vor să abandoneze consumul de opiacee (heroina și morfina). Cu alte cuvinte naltrexone este folosit pentru diminuarea dependenţei de opioizi. Cel mai mult ˝s-a utilizat în tratamentul dependenţei de alcool. Astfel că după publicarea eficacităţii primelor două tratamente prin naltrorexa în anul 1992, o serie de studii au confirmat eficacitatea medicamentului în reducerea frecvenţei consumului de alcool.[265]

Naltrexona acţionează blocând capacitatea opioizilor de a spori eliberarea dopaminei. Mai mult decât atât, ceea ce ne interesează pe noi, acest medicament are posibilitatea de a reprima compulsivitatea euforică și adicţia devastatoare a pacienţilor dependenţi de pornografia de pe internet.[266]

Rolul eficient al Naltrexonei în tratamentul adicţiei a fost susţinut și de un alt studiu desfășurat în Israel, când unui grup de 72 de pacienţi li ˝s-a administrat timp de 6 luni natrexonă. Rezultatele au fost benefice, persoanele au început să aibă relaţii stabile, să primească o slujbă și să creeze relaţii sociale bune.[267]

Acamprosatul ca medicaţie
DE PREVENIRE A RECĂDERII

Acamprosatul este o substanţă care intervine în sistemele neuroaminergice implicate în sindromul de dependenţă: glutamatul și acidul gama-amino-butiric (GABA). Astfel, acamprosatul crește numărul de receptori de captare a GABA crescând transmisia GABA-ergică la animalele de laborator alcoolizate.[268]

---

265 Schmitz, J, Stotts A, Rhoades H, Grabowski J, (2001). *Naltroxene and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients.* Addictive Behavior.26, (2), 167-180.

266 Bost wick, Michael, Jeffrey A Bucci, (2008), Internet sex addiction treated with Naltroxone, Mayo Clinic Proceedings, Rochester, vol 83, Iss,2, p.266-280.

267 Arturo G. Lerner, Marc Gelkopft, Mircea Sigal, Igor Oyffe, (1997), *Indicators Of Good Prognosis In Naltrexone Treatment: A Five-Year Prospective Study,* Addiction Research, Volume 4, - Issue 4, p. 390

268 Daoust M, Legrand E, Gewiss M et al (1992): *Acamprosate*

Acamprosatul nu acţionează asupra gravingului ci acţionează prin scăderea motivaţiei de consum odată ce efectele consumului cronic de alcool au scăzut. Primele rezultate se obţin după primele 30 – 90 zile de tratament, interval în care riscul de consum este încă mare și nevoia de a susţine eforturile pacientului este evidentă.[269]

Studiile, prin care ˟s-a verificat eficienţa acamprosatului în tratamentul dependenţei de alcool, au raportat că există dovezi că acamprosatul crește abstinenţa și reduce numărul de zile de consum la alcoolicii dependenţi și este bine tolerat și fără efecte secundare notabile.

V.17. Scurte intervenţii UTILIZÂND TEHNOLOGIA MOBILĂ

Intervenţiile scurte sunt eficiente pentru consumatorii la risc. De exemplu, potrivit lui Kaner, screening-ul și intervenţia scurtă în asistenţa medicală primară pot duce la o reducere cu 15 – 30% a consumului de alcool susţinut timp de cel puţin 12 luni.[270] Astăzi, mai mulţi tineri petrec o perioadă semnificativă de timp folosind tehnologia, ajungând să devină dependenţi. Ca răspuns la aceste tendinţe, mesajele au fost utilizate pentru mementouri pentru servicii de servicii de sănătate[271]. Mesajele (sms) sunt o componentă a programului NHS stop fumat în Anglia. Dar, foarte puţine studii au investigat utilizarea mijloacelor de comunicare socială și/sau a mesajelor text în reducerea consumului de alcool. O intervenţie săptămânală de mesaje text oferită

---

modulates synaptosomal GABA transmission in chronically alcoholised rats, Pharmacology Bichemistry and Behavior, 41:69674.

269 Vrasti, op. cit, p 17

270 Kaner, E. F. S., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Burnand, B. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews (2). doi: 10.1002/14651858.CD004148.pub3

271 Buhi, E. R., Trudnak, T. E., Martinasek, M. P., Oberne, A. B., Fuhrmann, H. J., & McDermott, R. J.(2013). Mobile phone-based behavioural interventions for health: A systematic review. Health Education Journal, 72(5), 564-583. doi: 10.1177/0017896912452071

tinerilor a arătat un beneficiu în reducerea consumului săptămânal de alcool.[272]

Cu toate acestea, evaluările sistematice au constatat că unele intervenţii rapide pentru tinerii care suferă de vătămări legate de alcool au o calitate slabă a metodologiei, iar studiile viitoare trebuie să fie mai riguroase și mai coerente. Alte intervenţii europene pentru reducerea efectelor nocive ale alcoolului în rândul tinerilor nu au fost eficiente în ansamblu sau au avut efecte mici până la moderate asupra consumului de alcool.

De ce media socială și / sau TEHNOLOGIA MOBILĂ?

Folosirea social-media și a intervenţiilor mobile are avantaje practice faţă de serviciile tradiţionale de tratament, cum ar fi costurile eficiente, atrăgătoare pentru tineri, ușor accesibile și ușor de livrat la o populaţie mare și într-un mod flexibil. Persoanele care pot beneficia de intervenţiile online de alcool sunt tineri deoarece sunt mai puţin susceptibili să acceseze serviciile tradiţionale de alcool. Studiile arată că 85% dintre băutorii care consumă și au probleme nu intră niciodată în contact cu ajutorul profesional și nu au fost concepute pentru ei nicio intervenţie eficientă care să utilizeze tehnologia mobilă. Prin urmare, este necesară dezvoltarea unei intervenţii inovatoare și eficiente pentru a ajunge la acești tineri.

V.18. Modele teoretice

Studiile au demonstrat că tehnicile de schimbare a comportamentului utilizate în asistenţa faţă-în-faţă pot fi modificate pentru a fi furnizate prin intermediul telefoanelor mobile, ceea ce reprezintă o încurajare și un avantaj deosebit. Intervenţiile comportamentale pentru consumul de alcool riscant, care prezintă îmbunătăţiri semnificative din punct de vedere statistic, includ setarea obiectivelor, feedback și sfaturi. Dimensiunea efectului mai

272 Suffoletto B, Callaway C, Kristan J, Kraemer K, Clark DB., Text-message-based drinking assessments and brief interventions for young adults discharged from the emergency department. Alcohol Clin Exp Res. 2012 Mar;36(3):552-60.

mare a avut o „auto-înregistrare promptă”[273]. Potrivit unor modele teoretice (MAP), oamenii se străduiesc să traducă intenţiile în acţiune, deoarece nu reușesc să elaboreze cu suficientă detaliere cum să realizeze acţiunea dorită. O sarcină importantă pentru reușita obiectivului de succes este de a specifica atunci când, unde și cum să acționăm. Teoria setărilor obiectivelor (GST) sugerează că două dimensiuni influenţează performanţa: dificultate și specificitate și încurajează oamenii să stabilească obiective specifice și provocatoare, deoarece obiectivele dificile reprezintă o provocare pe care oamenii încearcă să o îndeplinească prin mobilizarea efortului.

Rezultatele unui studiu început în 2018 cu privire la problematica consumului de alcool și substanţe psihoactive în rândul tinerilor (n = 177,101 fete și 76 băieţi), cu vârsta între 14 – 17 ani (67 de clasa a 8-a, 110 de clasa a X-a și a XI-a, din 2 școli generale și 3 licee din Sibiu).

Alcoolul îţi oferă energie?

Da Nu Nu știu, nu am băut niciodată

(29) (63) (18)

Este băutul în rândul copiilor o problemă serioasă în România?

Da (68) NU (7) Nu știu (8)

Ce vârstă crezi că au avut majoritatea copiilor când au început să bea alcool?

ani (43 răspunsuri)

ani (29 răspunsuri)

ani (16 răspunsuri)

11 ani (3 răspunsuri)

Care sunt cele mai des consumate băuturi alcoolice de către prietenii tăi?

Bere (57 răspunsuri)

Vin (48 răspunsuri)

Vodcă (38 răspunsuri)

Whiskey (24 răspunsuri)

---

273 Michie S, Whittington C, Hamoudi Z, Zarnani F, Tober G, West R., Identification of behaviour change techniques to reduce excessive alcohol consumption. Addiction. 2012 Aug; 107(8):1431-40.

Jagermeinster (19 răspunsuri)

Care este primul motiv pentru care tinerii consumă alcool/droguri?

anturajul (124 răspunsuri)

problemele familiei (78 răspunsuri)

problemele personale… (74 răspunsuri)

să se distreze (59 răspunsuri)

Pot să beau și să mă controlez?

Da – (105) NU – (12) Nu știu – (12)

Știi părinţi care permit tinerilor sub 18 de ani să consume alcool acasă/ la bar?

Da (95) Nu (23)

De unde îşi iau majoritatea copiilor alcool?

95% de la magazinul din colţ

11. Marijuana dă dependenţă?

Da – 63 Nu – 24 Nu știu – 40

13. Care sunt cele mai consumate droguri?

Mariajuana	Cocaina	Heroina	Etnobotanice	Amfetamina	Ecstasy	Nu știu	Al
11	1 28	8	4	5	6	12	ci i 2, ver crocodi speis pastile LSD ketamir

14. Cunoști pe cineva care a consumat droguri? în ce context?

52 de elevi au declarat că cunosc persoane care au consumat droguri. Ei au explicat atât contextul, cel mai des răspuns fiind: *la o petrecere, la o adunare culturală, cabane, cluburi, într-o excursie, acasă la o prietenă,* cât și motivele da, *pur și simplu nu mai suportă viaţa, drogurile l-au dus în lumea lui, ca să iasă dintr-o suferinţă* sau cu scopul *de a se relaxa.*

15. Dacă ai avea probleme cu alcoolul/drogurile cui i-ai spune prima dată?

Părinţilor	Prietenilor	Caut soluţii pe net	Unui psiholog	Nimănui
65	55	15	8	2

Doar 41 elevi au declarat că nu au băut niciodată alcool.

În schimb 123 au răspuns cu cine au băut, dintre care 94 elevi au declarant că au băut prima dată cu prietenii și 29 au băut în familie (tata, verișor și bunica). Doi elevi au răspuns că au băut singuri fiind acasă (unul la calculator)

Cu privire la cum ˇs-au simţit prima dată: 35 ˇs-au simţit bine, pentru 22 nu a fost o experienţă plăcută și pentru 19 elevi nu a fost nimic special. Cei mai mulţi dintre ultimii au justificat că nu au consumat în exces *(pentru că a fost foarte puţin).*

Cu privire la vârstă, foarte puţine răspunsuri au fost scrise însă dintre aceștia: 14 și 15 ani (14 răspunsuri), 16 ani (7 răspunsuri), 12 ani (3 răspunsuri), 13 ani (2 răspunsuri) și 18 respectiv 10 ani (2 răspunsuri).

Cei care au răspuns Nu la această întrebare, au răspuns tot Nu și la următoarea întrebare.

Dacă ești prietenul meu, bei cu mine?

Prin această întrebare ˇs-a urmărit a se evalua gradul de influenţă al prietenilor, influenţa și presiunea prietenilor în consumul de alcool. într-un mod surprinzător au fost mai multe persoane care au răspuns afirmativ și anume 90.

Da	Nu	Depinde
90	45 *Prietenia nu înseamnă asta*	12

Școala ta are un regulament despre alcool?

44 – Da Nu știu – 23

Școala îţi oferă educaţie antialcool?

Ce este mai grav, mergând și mai în profunzime cu întrebarea aceasta este că 74 elevi au declarat în mod direct că nu au primit în școală nicio educaţie antialcool.

Ce programe sau servicii cunoști în orașul tău pentru a ajuta elevii să evite problemele cu alcoolul?

103 de elevi au declarat că nu cunosc, și 6 respondent au declarat că cunosc programe antialcool respectiv unele asociaţii.

Ce crezi că ar trebui să se întâmple cu un copil care consumă alcool (de exemplu, dacă părinţii află)?

Această întrebare a avut ca scop așteptările copiilor faţă de reacţia părinţilor și modul în care ei percep soluţiile. Au existat două categorii de răspunsuri: dialogul părinţilor și pedeapsa. Astfel, 73 de elevi au considerat că în situaţia în care părinţii află că propriul copil consumă cea mai eficientă metodă este dialogul, comunicarea și explicarea efectelor negative.

Să le explice de ce nu este bine, să comunice cu el, să fie ajutat, să stea de vorbă cu el și să îl convingă că nu e un lucru bun.

Ca dovadă, că pedepsele încă îşi au locul în mentalul românilor au existat și răspunsuri precum *să fie pedepsit mult timp, să nu mai primească bani de buzunar. Să îi fie interzisă o perioadă de timp telefonul, calculatorul, viaţa socială. Să fie dus la școală de corecţie.*

Doar 6 răspunsuri aici au făcut referire la apelarea la un psiholog.

23. Care sunt principalele motive pentru care tinerii consumă alcool/droguri?

O primă categorie, cu cele mai multe răspunsuri din total este **anturajul** (124 răspunsuri)

Anturajul, popularitatea, sunt influenţaţi de cineva mai mare, de multe ori sunt îndemnaţi de prieteni, ca să fie în rând cu ceilalţi, să pară interesaţi, să pară cool, să fie

mai dezinvolţi, să pară mai grozavi, să pară maturi, interesanţi, mai special ca persoana, par șmecheri, pentru că se cred „cool”. Sunt atrași în anturaje negative care duc și la abandonarea școlii

Problemelor personale (78 de răspunsuri)

Răspunsuri precum *datorită suferinţei, supărării, problemelor de acasă, relaţii familiale nefavorabile, automutilării, depresiei, când suferi, să uite de probleme, ca să scape de realitate, să nu mai fie stresaţi, tristeţe, să uite de vreo prietenă, au avut parte de ceva rău în viaţa lor și de aceea consumă, probleme, sunt deprimaţi, probleme în familie, cred că aceste substanţe le pot alina supărarea. Exista, sunt tot mai multe probleme de familie și copiii se se simt bine în faptele lor, să uite de probleme, dorinţa de a scăpa de realitate*

Aceste răspunsuri au fost mai prezente în grupul de vârstă 16 – 17 ani.

altă categorie a fost următoarea: de a te **distra,** de a te relaxa, să te simţi bine, euforie, te *face să simţi o senzaţie pe care nu ai mai simţit-o, de distracţie, o stare anume, relaxare* senzaţia de libertate **(74 de răspunsuri)**

a patra categorie **(59 de răspunsuri)** au enumerat **curiozitatea,** ceva nou, experimentarea, să descopere stări noi, să evite plictiseala, experienţe noi, *Vor să vadă cum e, să atragă atenţia părinţilor, pentru că sunt neglijaţi de părinţi. Mulţi încep când părinţii lor sunt plecaţi în străinătate, uneori părinţii le dau exemplu negativ.*

24. Există anumiţi copii care au mai multe șanse să bea sau să se drogheze?

Scopul acestei întrebări a fost de a identifica copii dacă există o înţelegere a copiilor cu risc.

Cei cu un backgroundul familial cu probleme (78 răspunsuri)

Copii cu probleme în familie, părinţii având o influenţă, cei care văd acasă aceste lucruri sau au probleme în familie și vor să uite, probleme financiare, părinţi consumatori, copiii au mai multe șanse să bea deoarece pot avea exemple negative în familie sau între

prieteni, unii pot fi influenţaţi de familie, un părinte bea sau sunt despărţiţi sau se ceartă, unii copii care nu locuiesc cu părinţii lor sau sunt neascultători, cei care au un singur părinte (niciun părinte), copiii din familiile foarte bogaţi, mai ales cei bogate care au bani, deoarece le este oferită prea multă libertate de către părinţi, cei care nu sunt îngrijiţi de părinţi. Cei influenţaţi de părinţi, deoarece și aceia consuma. Cei cărora li se permite în familie/cred că copiii ai căror părinţi consumă des alcool sau droguri au șanse mai mar să adopte și ei aceste comportamente, cei care au probleme în familie/la școală, sunt depresivi. Uneori problemele de acasă îi determină să se drogheze. După părerea mea copiii care încep să consume substanţe suferă de depresie; Despărţirea de o persoană dragă; da cei care au probleme cu părinţii și aceștia nu le au oferit o educaţie bună sau nu i-au sprijini în viaţă. Deoarece pot ascunde o poveste grea de viaţă, în spatele a ceea ce e. Unii o găsesc ca pe o scăpare, uită de tot; să uite de probleme, în cazul pierderii părinţilor sau alte tragedii din viaţa lor; Da, pentru că ei iau exemplele părinţilor și prietenilor și încep să bea și ei din ambiţie. Da, pentru că părinţii au rezerve în casă de băutură, au bani de droguri, Probabil că cei din familii destrămate sau cei care au probleme personale. Cei care nu au părinţi. Da, deoarece unii o găsesc ca pe o scăpare, uită de tot, cei care trec prin perioade grele prin viaţă.

Anturajul negativ (21 răspunsuri):

Anturaj de joasă speţă, să bea din cauza altor amici care îi obligă, cei care sunt mereu în preajma unora care fac asta, primesc de la persoane care nu le vor binele, cei care vor neapărat să se integreze, totul depinde de cercul de prieteni și uneori de familie, cei care au anturaje greșite.

nu, toţi au aceeași șansă (4 răspunsuri).

alte răspunsuri: *cărora le place.* Permisivitatea părinţilor: ***Da, unii părinţi nu i-au asta ca fiind ceva serios spunându-le copiilor că pot să facă ce vor,*** *lipsa ocupaţiei părinţilor faţă de ei, cei care au părinţi*

neglijenţi.

Anexe: instrumente de EVALUARE A CONSUMULUI DE ALCOOL

(AUDIT, MAST, CAGE, DAST).

Chestionar audit[274]

Instrucţiuni: Mai jos sunt descrise unele obiceiuri și deprinderi ale persoanelor, legate de consumul de alcool. Vă rugăm să citiţi cu atenţie fiecare întrebare și să încercuiţi varianta care se potrivește cel mai bine cu situaţia dumneavoastră. Vă rugăm să realizaţi acest lucru cu toată sinceritatea. Chestionarul este anonim, iar datele comunicate sunt confidenţiale.

O unitate de alcool = 1 păhărel (40 ml de spirtoase sau 1 pahar cu vin sau 1 sticlă de bere).

De câte ori aţi consumat băuturi alcoolice în ultimul an de zile?

O – niciodată

o dată pe lună sau mai puţin

de 2 – 4 ori pe lună

2 de 4 și peste 4 ori pe săptămână

Câte unităţi alcoolice aţi consumat într-o zi (în medie), atunci când aţi folosit băuturi alcoolice?

O – între 1 – 2 unităţi

între 3 – 4 unităţi

între 5 – 6 unităţi

între 7 – 9 unităţi

10 și peste 10 unităţi

De câte ori aţi consumat mai mult de 6 unităţi de alcool pe zi?

O – niciodată

mai mult decât o dată pe lună

0 dată pe lună

2- 0 dată pe lună

zilnic sau aproape zilnic

De câte ori v-aţi apucat de băut alcool și nu v-aţi mai putut opri?

---

274 http://www.umfcv.ro/CCOP-alcoolism-audit

O – niciodată
mai mult decât o dată pe lună
lunar
1 săptămânal
zilnic sau aproape zilnic

De câte ori nu v-aţi putut îndeplini obligaţiile zilnice (la locul de muncă, familiale et[.) din cauza băuturii, în ultimul an de zile?

O – niciodată
mai mult decât o dată pe lună
lunar
1 săptămânal
zilnic sau aproape zilnic

De câte ori aţi simţit nevoia să luaţi o gură de alcool (o dușcă) dimineaţa, pentru a depăși starea de mahmureală, în ultimul an de zile?

O – niciodată
mai mult decât o dată pe lună
lunar
1 săptămânal
zilnic sau aproape zilnic

De câte ori aţi avut, în ultimul an, un sentiment de remușcare sau vinovăţie după consumul de băuturi alcoolice?

O – niciodată
mai mult decât o dată pe lună
lunar
1 săptămânal
zilnic sau aproape zilnic

De câte ori, în ultimul an de zile, vi ˇs-a întâmplat să nu vă amintiţi ce ˇs-a petrecut cu dumneavoastră în noaptea trecută, datorită consumului de alcool?

O – niciodată
mai mult decât o dată pe lună
lunar
săptămânal
zilnic sau aproape zilnic

Aţi fost implicat în accidente (rutiere, la locul de muncă

et[.) datorită faptului că aţi consumat băuturi alcoolice?

O-Nu

2 – Da, dar mai demult

4 – Da, în anul trecut

O rudă, un prieten sau un medic ˇs-au arătat îngrijoraţi de consumul dumneavoastră de alcool sau vi ˇs-a sugerat să întrerupeţi consumul de alcool?

0-Nu

2 – Da, dar nu în ultimul an de zile

4 – Da, în ultimul an de zile

Vârsta ani

Sexul: F M

Ocupaţia:

Starea civilă (căsătorit, necăsătorit, văduv, divorţat, altă situaţie):

Interpretare:

Fiecare item este cotat cu valori cuprinse între 0 și 4 puncte. Scorul minim este de 0 puncte, iar scorul maxim este de 40 puncte. Cu cât scorurile sunt mai mari, cu atât cresc consumul și dependenţa de alcool.

Valoarea prag (cut-off score), de 5 puncte, maximizează valorile sensibilităţii și specificităţii testului în depistarea persoanelor cu consum riscant de alcool. Pentru depistarea persoanelor dependente de consumul excesiv de alcool, cu serioase probleme medicale și sociale generate de consumul excesiv de alcool, valoarea prag recomandată de Conigravo et al. (1995) este de 8 puncte.

Chestionar Mast

Testul de screening în vederea depistării alcoolismului, MAST – Michigan Alcoholism Screening Test (Selzer, 1971, apud Patterson & colab., 2009) *Instrucţiuni*: Mai jos sunt trecute o seamă de situaţii și stări sufletești legate de consumul de alcool. Vă rugăm să alegeţi varianta care corespunde cel mai bine cu stările prin care aţi trecut sau le încercaţi dumneavoastră și să le marcaţi printr-un „X” în cele două rubrici de răspuns; DA, NU din formular.

	da	nu
1. Consideraţi că sunteţi un		

băutor normal? (prin normal, înţelegând că consumi mai puţin sau la fel de mult ca majoritatea celorlalţi oameni)		
2. V-aţi trezit vreodată dimineaţa, după ce aţi consumat alcool în seara precedentă, și să vă fie greu să vă amintiţi o parte din seara trecută sau chiar deloc?		
3. Se plânge soţul sau alţi parteneri cu privire la problema dvs. cu băutura?		
4. Puteţi să vă opriţi din băut după 1 – 2 pahare fără a face un efort considerabil?		
5. Vă simţiţi vreodată prost în legătură cu consumul de alcool?		
6. Consideră prietenii sau rudele că sunteţi un băutor obișnuit?		
7. Puteţi în orice moment să vă opriţi din băut, atunci când doriţi?		

8. V-aţi interesat vreodată la o asociaţie/ cabinet specializat despre tratamentul/ metoda de care aveţi nevoie pentru a renunţa la alcool?		
9. Aţi intrat vreodată în conflicte când aţi băut?		
10. Aţi avut vreodată probleme cu partenerul din cauza consumului de alcool?		
11. A cerut partenerul dvs. sau membrii familiei ajutor cuiva		

în legătura cu problema dvs. legată de băutură?		
12. Aţi pierdut prieteni din cauza consumului de alcool?		
13. Aţi avut probleme la serviciu din cauza consumului de alcool?		
14. Aţi pierdut vreun loc de muncă din cauza consumului de alcool?		
15. V-aţi neglijat vreodată responsabilităţile legate de muncă, familie, mai multe zile la rând din cauza problemelor legate de alcool?		
16. Beţi des înainte de prânz?		
17. Aveţi probleme cu ficatul?		
18. Vi ˇs-a întâmplat vreodată să tremuraţi puternic, să auziţi voci sau să vedeţi lucruri după ce aţi băut considerabil?		
19. Aţi cerut cuiva ajutor în legătură cu problema dvs. cu alcoolul?		
20. Aţi fost vreodată internat din cauza problemei cu alcoolul?		
21. Aţi fost vreodată internat într-o clinică de psihiatrie sau un spital general și problema cu alcoolul să aibă legătură cu cauza internării?		
22. Aţi consultat vreun psihiatru în legătură cu această problemă?		

23. Aţi fost vreodată arestat în legătură cu vreo problemă legată de consumul de alcool?		
24. Aţi fost vreodată arestat pentru că aţi condus sub influenţa alcoolului?		

Scorarea:

Pentru itemii 1,4,6,7 răspunsurile negative indică probleme legate de abuzul de alcool.

Pentru itemii 2,3,5, și cei de la 9 la 25, răspunsurile pozitive indică probleme legate de alcoolism.

Scala atribuie o pondere de la **1 la 5** pentru fiecare item, ponderea de 5 fiind legată de diagnosticul de alcoolism. întrebările care au capacitate mare de discriminare au primit o valoare de două puncte iar celelalte de un punct. Răspunsurile unui alcoolic la întrebările 8,19 și 20 au valoare de diagnostic și acestora li se atribuie o valoare de cinci puncte. Scorul total este calculat prin însumarea itemilor și variază între 0 și 53.

Ponderea fiecărui răspuns este următoarea: **item 1** (2 puncte, răspunsul negativ indică problemă legată de alcool), 2 (2 puncte), 3 (1), 4 (2, răspunsul negativ indică prezenţa unei probleme legate de alcool), 5 (1), 6 (2 puncte, răspunsul negativ indică prezenţa unei probleme legate de alcool), 7 (2 puncte, răspunsul negativ indică prezenţa unei probleme legate de alcool), 8 (5), 9 (1), 10 (2), 11 (2), 12 (2), 13 (2), 14 (2), 15 (2), 16 (1), 17 (2), 18 (2), 19 (5), 20 (5), 21 (2), 22 (2), 23 (2), 24 (2).

Chestionarul pentru evaluarea DEPENDENŢEI DE ALCOOL CAGE

(Ewing, 1984[275], apud Dhala & colab., 2007) [276]

Aţi considerat vreodată că trebuie să renunţaţi la

275 Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA. 1984 Oct 12;252(14):1905-7.

276 Dhalla SI, Kopec JA.The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies, Clin Invest Med. 2007;30(l):33-41.

băutură?

Da Nu

V-aţi enervat pe oamenii care vă criticau în legătură cu băutul dvs?

Da Nu

V-aţi simţit vreodată prost sau vinovat după ce aţi băut?

Da Nu

Aţi băut vreodată dimineaţa pentru a vă liniști sau pentru a vă pune în mișcare?

Da Nu

Două sau mai multe răspunsuri afirmative la acest chestionar indică un băutor problematic.

Testul de screening pentru detectarea

Consumului de droguri Dast

— Drug Abuse Screening Test (Gavin, Ross, Sḳinner, 1989) [277]

Aţi folosit altfel de medicamente decât cele care v-au fost prescrise?

Da Nu

Aţi făcut vreodată abuz de medicamentele prescrise?

Da Nu

Aţi făcut abuz de mai mult decât un medicament o dată?

Da Nu

Trece vreo săptămână fără să luaţi droguri/ medicamente?

Da Nu

Sunteţi întotdeauna capabili să stopaţi consumul de medicamente când doriţi?

Da Nu

1. Aţi avut momente în care v-aţi pierdut concentrarea sau momente în care v-au venit în minte fulgerător imagini ca și rezultat al consumului de droguri/ medicamente?

Da Nu

Vă simţiţi vreodată prost sau vinovat în legătură cu uzul de droguri?

---

277 Gavin DR, Ross HE, Skinner HA. (1989), Diagnostic validity of the drug abuse screening test in the assessment of DSM-III drug disorders. Br J Addict. Mar;84(3):301-7.

Da Nu

Se plâng partenerul/ părinţii dvs. vreodată în legătură cu consumul dvs. de droguri?

Da Nu

A creat abuzul de droguri probleme între dvs. ˟şi partenerul/ partenera sau părinţii dvs?

Da Nu

Aţi pierdut prieteni din cauza uzului de droguri?

Da Nu

V-aţi neglijat familia din cauza uzului de droguri?

Da Nu

Aţi avut probleme la muncă din cauza uzului de droguri?

Da Nu

Aţi pierdut vreo slujbă din cauza abuzului de droguri?

Da Nu

V-aţi implicat în bătăi atunci când eraţi sub influenţa drogurilor?

Da Nu

V-aţi angajat în activităţi ilegale pentru a obţine droguri?

Da Nu

Aţi fost arestat pentru posesie de droguri ilegale?

Da Nu

V-aţi simţit vreodată rău atunci când aţi încetat să mai luaţi droguri?

Da Nu

Aţi avut probleme medicale ca și rezultat al uzului de droguri? (pierderi de memorie, hepatită, convulsii, sângerări?).

Da Nu

Aţi apelat la ajutorul cuiva în legătură cu o problemă legată de droguri?

Da Nu

Aţi luat parte la vreun program de tratament legat de uzul de droguri?

Da Nu

Cotare: se acordă 1 punct pentru toate întrebările la

care se răspunde cu da, cu excepţia întrebărilor 4 și 5 la care se acordă un punct în cazul în care se răspunde cu nu. Se realizează un scor compozit, prin simpla adunare a răspunsurilor. întrebările se referă la ultimele 12 luni.

Bibliografie

Analiza de situaţie în România, ocazionată de campania Luna naţională a informării despre efectele consumului de alcool, Iulie 2015, Institutul Naţional de Sănătate Publică

Arturo G. Lerner, Marc Gelkopă, Mircea Sigal, Igor Oyffe, (1997), Indicators Of Good Prognosis în Naltrexone Treatment: A Five-Year Prospective Study, Addiction Research, Volume 4 – Issue 4

Aarole, Hauknes A, Berglund EL. (1981) Smoking among Norwegian school children 1975 – 1980: The Influence of Social Environment. Scand J Psychiat; 22

Anderson, P., Kochanek, K., Murphy. R, (2009). Impact of alcohol advertising and other media exposure on adolescent alcohol use: a sistematic review of longitudinal studies, Alcohol and Alcoholism, vol. 44, no. 3, pp. 229 – 243

Baciu, Adina, Aspecte antropologice privind influenţa drogurilor asupra tinerilor în societatea modernă, Antropologie și Societate, colecţia zilele Rainer, 2015, coord Andrei Kozma, Cristina Glavce

Balababova, S., F. Parsche, and W. Pirsig. (1992) First identification of drugs în Egyptian mummies. Naturwissenschaften 79: 358

Bălăceanu Stolnici, C., Glavce, C., Berescu M., Borosanu, A. (2010), Antropologia între știinţă și cultură, Ed Pro Universitaria, București

Bălăceanu-stolnici, C., Papari, C.A., Papari, A., Cozaru G.C., lomandescu LB. (2012), Tentaţie și dependenţă, Ed. Fundaţiei „Andrei-Șaguna”, Constanţa

Bălăceanu Stolnici, C., Mecanisme neuropsihologice ale consumului de droguri, Alocuţiune susţinută în cadrul simpozionului Consumul și dependenţa de droguri. Aspecte antropologice, juridice și medico-sociale (25 ianuarie

2012), Biblioteca Academiei Române, hftp: //www˙ana˙gov˙ro/ordt/rsa/artstl˙pdf Bălăceanu, Stolnici C. (2014), Lobul prefontral uman.

Consideraţii ani ropologice, A ni ropologie și Interdisciplinaritate, Colecţia Zilele Rainer, coordonatori, Andrei Kosma, Cristiana Glavce, Constantin Bălăceanu-stolnici, Niculescu

Bégouën, Éric, Bégouën France Marie-Brune (2013), New discoveries în the Sanctuary of Leɔ Troistrères cave (Ariège), Quartär 60: 107 – 114

Bennett L. (1988) Alcohol în context: anthropological perspectives. Drugs Soc; 2: 89 – 131

Bersamin M, Paschall M, Fisher DA, School-Based Bea It h Centers and Adolescent Substa nee Use: Moderating Efects of Race/ Ethnicity and Socioeconomic Status, J Sch Health. 2017 Nov; 87 (ÎI): 850 – 857. doi: 10.1111/Josh. l2559.

Bourgois P. (2003), Search of Research: Selling Crack în EI Barrio. Cambridge: Cambridge University Press

Brown & Tapert (2004) as cited în National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. (2009): www˙nhmrc. gov˙au

Bremner P, Burnett J, Nunney F, et al., Young People, Alcohol and Influences, 2011 York Joseph Rowntree Foundation www˙jrf˙org˙uk

Bräker AB, Soellner R, Is Drinking Contagious? An Analysis of the Collectivity of Drinking Behavior Theory Within a Multilevel Framework. Alcohol Alcohol. 2017 Aug 14: 1 – 7. doi: 10.1093/alcalc/ agx050.

Brook, J.S.; Whiteman, M.; Finch, S.; and Cohen, P. Aggression, intrapsychic distress, and drug use: Antecedent and intervening processes. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 34: 1076 – 1084,1995. PMID: 7665446

Baan R, Ştraif K, Grosse Y, Secretan B, EI Ghissassi

Bouvard V, Altieri A, Cogliano V. (2007), Carcinogenicity of alcoholic beverages. Lancet Oncol; 8: 292 – 293

Baciu, Adina, Laslo, Claudia, Guja, Cornelia (2012), Infecţia HIV/SIDA – fenomen antropologic, Studii și cercetări de antropologie, nr. 2,8 – 13

Bălăceanu-stolnici, C., Papari, C.A., Papari, A., Cozaru

C., lomandescu I.B. (2012), Tentaţie și dependenţă, Ed. Fundaţiei „Andrei-Șaguna”, Constanţa

Bergner, R. (2002). Sexual compulsion on heavy pornography involvement for romantic parteners; research and clinical implication. în Journal of Sex and Marital Therapy, 28, p. 193 – 206

Blume, AW. (2011), Consumul și dependenţa de droguri. Ghid practice de evaluare, diagnostic și tratament, Ed. Polirom

Bostwick, Michael, Jeffrey A Bucci, (2008), Internet sex addiction treated with Naltroxone, Mayo Clinic Proceedings, Rochester, vol 83, Iss, 2, p.266 – 280

Buhi, E.R., Trudnak, T.E., Martinasek, M.P., Oberne, A.B., Fuhrmann, H.J., & M℄˟Dermott, R.J. (2013). Mobile phone-based behavioural interventţions for health: A sistematic review. Health Education Journal, 72 (5), 564 – 583. doi: 10.1177/0017896912452071

Carison R., Sânger M., Stephens R. (2009), Sterk C. Reflections on 40 years of ethnographic drug abuse research: implications for the future. J Drug Issues; 39: 57 – 70.

Cartmell, L.W., A.C. Aufderheide, A. Springfield, C. Weems, and B. Arriază 1991 The Frequency and Antiquity of Prehistoric Coca-Leaf-Chewing Practices în Northern Chile: Radioimmunoassay of Cocaine Metabolite în Human Mummy Hair. Latin American Antiquity 2: 260 – 268

Clark D. (2004), The natural history of adolescent alcohol use disorders. Addiction.; 99 (Suppl 2): 5 – 22

Clark D, Bukstein OG. (1998), Psychopathology în adolescent alcohol abuse and dependence. Alcohol Health and Research World; 22 (2): 117 – 21.

Clark D, That[her, DL, Tapert, SF… Alcohol, psychological dysrégulation, and adolescent brain

development. Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 2008; 32 (3): 375 – 85

Creţu, Ţinea (2009), Psihologia vârstei, ediţia a III-a revizuită și adăugită, Ed. Polirom, Iași.

Clerget. Stephane (2012), Criza adolescenţei. Căi de a o depăși cu succes, trad, de Corina Cojocaru, Ed. Trei Culianu, IP (2007), Călătorii în lumea de dincolo, Ediţia a III-a, traducere de Gabrielaşi Andrei Oişteanu, Prefaţa şi note de Andrei Oişteanu, Cuvânt înainte de Lawrence E. Sulliva, Polirom

Culianu, IP (1999), Eros și magie în Renaștere. 1484. Trad de Dan Petrescu, prefaţă de Mircea Eliade, postfaţă de Sorin Antohi, Nemira, București

Cosmovici, Andrei (1996), Psihologie generală, Ed. Polirom, Iași

Clemenes, C.M. (2014), Terapia dependenţelor, abordări terapeutice ale recuperării pe termen lung, Ed Vidia Cattaneo, Z., Vecchi, T (2006), Psicologia delle diferenze sessuali. Carocci Editoare, Roma

Copăceanu, M., Bălăceanu-stolnici, C. (2018), A Teoretical Transdisciplinary Approach to Drug Use: History, Anthropology and Culture, The ATLAS, Transdisciplinary Journal of Engineering & Science Vol. 9, pp. 3 – 11,2018

Curry, S.J., Ludman, E.J. & M˝Clure, J. (2003), Self administrered treatment for smoking cessation, Journal for Clinical Psychology, 59, pg.305 – 319

Dafinoiu, Ion și Varga, Jenö Laszlo (2005), Psihoterapii scurte. Strategii. Metode. Tehnici. Ed. Polirom. Iași.

Daoust M, Legrand E, Gewiss M et al (1992): Acamprosate modulates synaptosomal GABA transmission în chronically alcoholised rats, Pharmacology Bichemistry and Behavior, 41: 69674

Dhalla ŞI, Kopec A. The CAGE questionnaire for alcohol misuse: a review of reliability and validity studies, Clin Invest Med. 2007; 30 (1): 33 – 41

Dèttore, David (1998) Îl disturbo ossesivo-

compulsivo. Carattersitiche cliniche e technice di interventi, Me Graw Hill, Milano

De Araujo, I.E.T., Kringelbach, M.L., Rolls, E.T., Hobden, P., 2003a. The reprezentation of umami taste în the human brain. J. Neurophysiol. 90,313 – 319 Dănilă, Claudiu George (2010), Strategii terapeutice în consumul și dependenţa de droguri, teză de doctorat, Universitatea de Medicină și Farmacie „GR. T. Popa”, Iași

Departament for Children, Schools and Families, The Home Office, Departament of Health Youth Alcohol Acţion Plan Presented to Parlament by the Secretary of State for Children, Schools and Families, the Secretary of State for The Home Office, Secretary of State for Departament of Health by Command of Her Majesty June 2008

Di˘Lorio C, Dudley WN, Soet JE, M℃˘Carty F. Sexual possibility situaţions and sexual behaviors among young adolescents: the moderating role of protective factors. J Adolesc Health. 2004 Dec; 35 (6): 528. ell-20.

DȝOnofrio G, Fiellin DA, Pantalon MV, et al. A brief interventţion reduces hazardous and harmful drinking în emergency departament patients. Ann Emerg Med. 2012; 60: 181 – 192

Donovan, J.E. Adolescent alcohol inițiation: A review of psychosocial risk factors. Journal of Adolescent Health 35: 529. e7 – 18,2004. PMID: 15581536

Douglas M. (1987), editor. Constructive Drinking: Perspectives on Drink from Anthropology. Newyork: Routledge

Edwards, G. (2004), Matters of Substance: drugs-and why everyoneȝs-a user. P.XIX. Thomas Dunne Books/ St. Martinȝs Press

Ewing A. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA. 1984 Oct 12; 252 (14): 1905 – 7

Eliade, M (2014), Șamanismul și tehnicile arhaice ale extazului, trad Brânduşa Prelipceanu și Cezar Baltag, Humanitas, București

Eliade, Mircea (1975), *Religii australine. O introducere,* trad Walter Fotescu, București, ed Herald

Eliade, Mircea (1993), Jurnal, vol I (1941 – 1969) ed îngrijită de Mircea Handoca, Humanitas, București

Fernandez-Guasti A, Rodriquez-Manzo G, (2003). Pharmacological and psychological aspects of sexual exhaustion în male rats. Scandinavian Journal of Psychology, 44 (3), pg 257 – 216

Franco Avenia et all, (2007), Manuale sulla sexual addiction. Definizioni, diagnosi, interventi, Franco Angeli, Milano

Global status report on alcohol and health 2014, p. XIII hffp: //www˙who˙int/substanceabuse/publicaţions/globalalcoholreport/en/

Grant BI, Hasin DS: The Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS), Rockville, MD, NIAAA, 1992

Gavin DR, Ross HE, Sḳinner HA. (1989), Diagnostic validity of the drug abuse screening test în the assessment of DSM-III drug disorders. Br J Addict. Mar; 84 (3): 301 – 7.

Grayson, Henry, (2004) Mindful Loving. 10 practices for creating deeper connections. Gotham Books. New York

Goom, Roger (2004), Social Research Methodology. A critical introduction. Palgrave Macmillian, New York

Gardner N, Steinberg L. Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making în adolescence and adulthood: an experimental study, Dev Psychol, 2005, vol. 41 (pg. 625 – 35)

Goldberg, R, (2016), Dependentele copiilor şi tinerilor. Lupta pentru libertate, Ed Univers Enciclopedic, București

Gore FM, Bloem PJN, Patton GC. Global burden of disease în young people aged 10 – 24 years: a sistematic analysis, Lancet, 2011, vol. 377, pg. 2093 – 102 Grant BI, Dawson DA. Age of onset of alcohol use and its associaţion with DSM-IV alcohol abuse and dependence: rezults from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey, J Subst Abuse, 1997, vol. 9 (pg. 103 – 10)

Griffith, Edwards (2006), *Drogurileo tentaţie ucigașă,*

trad, de Octav Ciucă, Ed. Paralela 45

Groves S, Stanley BH, Sher L. Ethnicity and the relaţionɔhip between adolescent alcohol use and suicidal behavior. Internaţional Journal of Adolescent Medicine & Health. 2007; 19 (l): 19 – 2

Guerra-Doce, E. J Archaeol Method Theory (2015) 22: 751. doi: 10.1007/sl0816 – 014 – 9205-z

Guerri C, Bazinet A, Riley E. Foetal Alcohol Spectrum Disorders and Alteraţions în Brain and Behaviour. Alcohol & Alcoholism 2009; 44 (2): 108 – 114.

Guilarmo˟-˟Ramos et al. (2005), Acculturationrelated variables, sexual iniţiation, and subsequent sexual behavior among Puerto Rican, Mexican, and Cuban Youth. Health Psychol. 24,88 – 95 în Popa, Camelia (2014), Relaţii familiale disfuncţionale și problemee psihiatrice ale adolescenţilor, Studii și cercetări de Antropologie, nr. 3.

Guyer SE, Choate VR, Pine DS. Neural circuitry underlying affective response to peer feedback în adolescence, Soc Cogn Affect Neurosci, 2102, vol. 7 (pg81 – 92)

Häsin DS: Diagnostic interviews for assessment.

Background, reliability and validity, Alcohol Health & Research World, 1991,15: 293 – 30

Hall, G. Stanley (Granville Stanley), 1904, Adolescence: its psychology and its relaţions to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education, New York: D. Appleton and Company

Hawkins, JD, Catalano, R (1992): Risk and protective factors for alcohol and other drug problems în adolescence and early adulthood: implications for substance use prevention, *Psych Bulletin,* 112: 64 – 105

Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Arthur, M. (2002), Promoting sciencebased prevention în communities. Addictive Behaviors 90 (5): 1 – 26.

Henkel D, Zemlin U. Social Inequality and Substance Use and Problematic Gambling Among Adolescents and Young Adults: A Review of Epidemiological Surveys în Germany Curr Drug Abuse Rev. 2016; 9 (l): 26 – 48.

Hill, E.M. & Chow, K. (2002), Life-history theory and risky drinking. Addiction 7: 401 – 13.

Hussong A, Gould L, Hersh M. Conduct problems moderate self-medication and mood-related drinking consequences în adolescents, J Stud Alcohol Drugs, 2008, vol. 69 (pg. 296 – 307)

Jiloha, R.C. (2009), Social and cultural aspects of drug abuse în adolescents, Delhi Psychiatry Journal, vol. 12 no 2,167 – 175

Jones, S.P., and Heaven, P.C. Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. Journal of Adolescence 21: 127 – 134,1998. PMID: 9585491

Joshi, Liat Hughes (2012), Cum ne educăm copiii (4 – 11 ani), traducere de Andra Hâncu și Ioana Panţâr, Ed Polirom

ICD-10, Clasifcarea Tulburărilor Mentale și de Comportament, ediţia 10., ed. ALL, București, 1998 Kaner, E.F.S., Beyer, F., Dickinson, H.O., Pienaar, E., Campbell, E, Schlesinger, C., Burnand, B. (2007). Efectiveness of brief alcohol interventions în primary care populations. Cochranedatabase of Sistematic Reviews (2). doi: 10.1002/14651858. CD004148. pub3

Kenneth F. Schultz, PhD, MBA, Iain Chalmers, MBBS, MSC; Richard J. Hayes, MSC; Douglas G. Altman, Empirical evidence of Bias. Dimensions of methodological quality associated with estimates of treatment efects în controlled trials, JAMA, 1995,273 (5), 408 – 412

Kendall, J M (2003). Designing a research project: randomised controlled trials and their principles. Emerg. Med. J. 20: 164 – 168

Keller M, Doria J: On defining alcoholism, Alcohol Health & Research World, 1991,15: 253 – 259

Kuhn, Cyntia, Swartzwelder, Scott, Wilson, Wilkie (2014), Tripat ce trebuie să știi despre droguri? De la alcool la ecstasy, traducere de Teodora Nicolau, Ed Trei, București.

Kreitman N: The reliability of psychiatric diagnosis, J.ment. Sci. 1961,107: 876 – 886

Kedia S., van Willigen J., editors (2005). Applied Anthropology: Domains of Application. Westport, CT: Praeger Publishers

Kelly TM, Donovan JE, Chung T, et al. Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18 – 20 year old young adults în emergency departaments: comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT cut, and DSM-IV 2-Item Scale. Addict Behav. 2009; 34: 668 – 674.

Kodjo et al (2004) as cited în National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia. (2009) Available from: URL: www˙nhmrc˙gov˙au

Koning IM, Eijnden J, Engels R, et al. Why target early adolescents and parents în alcohol prevention? The mediating efects of self-control, rules and attitudes about alcohol use, Addiction, 2010, vol. 106 (pg. 538 – 46)

Kuhn, Cyntia, Swartzwelder, Scott, Wilson, Wilkie (2014), *Tripat ce trebuie să știi despre droguri? De la alcool la ecstasy,* traducere de Teodora Nicolau, Ed Trei, București

Laucht M, Becker K, Blomeyer D, Schmidt MH. Novelty seeking involved în mediating the associaţion between the dopamine D_4 receptor gene exon III polymorphism and heavy drinking în male adolescents: rezults from a high-risk community sample, Biol Psychiatry, 2007, vol. 61 (pg. 87 – 92)

Lynch BS. ˟and Bonnie RJ. (1994), Growing up tobacco free: Preventing nicotine addiction în children and youths. Washington, DC: National Academy Press Lee, J.A.; Jones-Webb, R.; Short, B.J.; and Wagenaar, A.C. Drinking location and risk of alcohol-impaired driving among high school seniors. Addictive Behaviors 22: 387 – 393,1997.

Linden, David J. (2014), Busola plăcereii, de ce ne plac jocurile, mâncarea nesănătoasă, alcoolul, orgasmul și marijuana, trad din engleză și note Loredana Maria Oprea, Ed. All, București

Milrad R. (1999), Co-addictive recovery: early recovery issues for spouses of sex addicts. Sexual

Addiction and Compulsivity, 6, p. 125 – 136

Mark H. Bird, (2006), Sexual Addiction and marriage and family therapy: facilitating individual and relationↄhip healing through couple therapy. Journal of Marital and Family Therapy, Oxford, vol. 32, Iss.3, p. 297 – 311

Moon, G., Gould, M. ˟and col, (2000), Epistemology and introduction, London, Open University Press

Marcelii, Daniel, Braconnier, Alain (2006), Tratat de psihopatologia adolescente, Editura Fundaţiei Generaţia, traducere din limba franceză Andrei Constantinescu, Larisa Damian, Magda Ionescu, Sonia Pătrașcu

Marshall, Jane (2014), Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences, Alcohol and Alcoholism, Volume 49, Issue 2,1 March, Pages 160 – 164

Mason WA, Hitchings JE, Roth RL. Emergence of delinguency and depressed mood throughout adolescence as predictors of late adolescent problem substance use, Psychol Addict Behav, 2007, vol. 21 (pg-13 – 24)

M℃˟Cambridge J, M˟℃˟Å˟laney J, Rowe R. (2011), Adult consequences of late adolescent alcohol consumpţion: a sistematic review of coborî studies, PLOS Med, vol. 8 pg. el000413

Muchie S, Whittington C, Hamoudi Z, Zarnani F, Tober G, West R., Identification of behaviour change techniques to reduce excesive alcohol consumpţion. Addiction. 2012 Aug; 107 (8): 1431 – 40.

Monti P, Miranda R, Nixon K, Sher K, Swartzwelder H, Tapert S, White A, Crews F. Adolescence: Booze, Brains, and Behavior. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2010; 29 (2): 207 – 220

Monti PM, Barnett NP, Colby SM, et al. Motivaţional interviewing versus feedback only în emergency care for young adult problem drinking. Addiction. 2007; 102: 1234 – 1243.

National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Commonwealth of Australia, [online] 2009 Available from: URL: www˙ nhmrc˙gov. au

National Highway Traffic Safety Administraţion (NHTSA). Traffic Safety Facts 2002: Alcohol. DOT Pub. No. HS-809 – 606. Washington, DC: NHTSA, National Center for Statistics & Analysis, 2003. Available online a˟t: hftp: //www-nrd. nhtsa. dot˙gov/ Pubs/2002alefacts˙pdf

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Interveņţions for alcohol use and alcohol use disorders în youth. Alcohol Research & Health 28 (3): 163 – 174,2004/2005

Nelson EE, Leibentuft E, M℃˟Clure EB. The social reorientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relaţion to psychopathology, Psychol Med, 2005, vol. 35 (pg. 163 – 74) Nesse, R.M. (2002). *Evoluţion and addiction.* Addiction 97: 470 – 71.

Nesse, R. (1994): An evoluţionary perspective on substance abuse. Ethology and Sociobiology 15: 339 – 348.

Newbury-Birch, Dorothy, Departament for Children, Schools and Families (DCSF), corp creator. (2009) Impact of alcohol consumpţion on young A Review of Reviews, Departament for Children, Schools and Families Newcastle University

NHS Health Scotland 2014, Alcohol screening and brief interveņţions for young people

Negrei, Carolina, Gabriela Popescu, Miriana Stan, Corina Dalia Toderescu, Lucian Mircea Bogdan Dumitru, Daniela Baconi, Toxicomania – o problemă cu implicaţii interdisciplinare, Practica Farmaceutică, Vol. 8, Nr. 2 (26), An 2015,61 – 67

Neuman, Lawrence W (2006), Social Research Methods. Quantitative and Qualitative Approaches, bth ed., Hardeover. Pearson Internaţional Ediţion

Nora D. Volkow, (2006), The Science of Addiction, Junior Scholastic, NY, vol. 109, Iss 6

OLeary, Zina (2004), The essenţial guide to doing research, Sage Publicaţions, London

Oltmanns, T.F., Neale, J.M., & Davinson, G.C. (2003), Case studies în abnormal psychology (6 Edith), New York: Wiley

Oișteanu, A. (2014), Religie, politică și mit. Texte despre Mircea Eliade și Ioan Petru Culianu, Polirom Iași

Oișteanu, Andrei (2016), Sexualitate și societate. Istorie, religie și literature, Ed Polirom, Iași.

Oișteanu, A (2010), Narcotice în cultura română: istorie, religie și literatură, Polirom, Iași

Popa, Camelia (2014), Relaţii familiale disfuncţionale și problemee psihiatrice ale adolescenţilor, Studii și cercetări de Antropologie, nr. 3

Prelipceanu, Dan., Cicu, Gabriel (2010), Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenţei de opiacee / – București: Editura Asociaţiei Psihiatrice Române

Prelipceanu, Dan, Victor Voicu (2004), Abuzul și dependenţa de substanţe psihoactive. Manual pentru studenţii în medicină și medicii rezidenţi psihiatrii. Ed. Info Medica, București

Parsche, F. (1993) Reply to „Responding to First identification of drugs în Egyptian mummies". Naturwissenschaften 80: 245 – 246

Pedersen W, Samuelsen Sǫ, Wichstrom L. Intercourse debut age: poor resources, problem behavior, or romantic appeal? A population-based longitudinal study, J Sex Res, 2003, vol. 40 (pg. 333 – 45)

Popovivi I, French MT. Binge drinking and sleep problems among young adults, Drug Alcohol Depend, 2013. hffps: //doi ˙org/10.1016Zj. drugaledep.2013,02.001

Raportul European privind drogurile, Tendinţe și evoluţii (2016), Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie (EMCDDA)

Raport national privind situaţia drogurilor 2016, Agenţia Naţională Antidrog

Rășcanu, R. (2008), Dependenţă și drog. Aspecte teoretice și clinice-ameliorative. București, Editura Universităţii

Rășcanu R (2004). Alcool și droguri: «virtuţi» și capcane pentru tineri, București, Editura Universităţii din București

Roche, A.M… Bywood, J. Borlagdan, B. Lunnay, T.

Freeman, L. Lawton, A. Tovell and R. Nicholas. (2007). Young people and alcohol: the role of cultural influences, National Centre for Education and Training on Addiction, Adelaide

Rose RJ, Dick DIN, Viken RJ, Kaprio J. Geneenvironment interaction în pattems of adolescent drinking: regional residency moderates longitudinal influences on alcohol use, Alcohol Clin Exp Res, 2001, vol. 25 (pg. 637 – 43)

Room R. (1984), Alcohol and ethnography: a case of problem deflation? Curr Anthropol; 25: 169 – 78

Rudgley, Richard (2009), *Enciclopedia drogurilor,* trad Anacoana Mândrilă-Soneetto, Paralela 45, Pitești

Russell, M. Prevalence of alcoholism among children of alcoholics. În: Windle, M., and Searles, J.S., eds. Children of Alcoholics: Critical Perspectives. New York: Guilford, 1990. pp. 9 – 38

Russo, Ethan et al (2008), Phytochemical and genetic analyses of ancient cannabis from Central Asia, Journal of Experimental Botany, Vol. 59, No. 15, pp. 4171 – 4182.

Raviv, M. (1993), Personality characteristics of sexual addicts and pathological gambles. Journal of Gambling Studies, 9, pg. 7 – 13

Răștanu, Ruxandra (2008), Dependenţă și droguri. Aspecte teoretice și clinic ameliorative, Ed. Universităţii din București, București

Rehm, J.; baliunas, D. Borges, G.L; et al (2010). The relaţion between different dimensions of alcohol consumpţion and burden of disease: an overview. Addiction, 105: 817 – 843

Ţurlea, Stelian (1991), Bomba drogurilor, Humanitas, București.

Saunders B, Baily S. Alcohol and young people: Minimizing the harm. Drug and Alcohol Review. 1993; 12 (l): 81 – 90.

Schmitz, J, Stotts A, Rhoades H, Grabowski J, (2001). Naltroxene and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. Addictive Behavior. 26, (2), 167 – 180

Scheneider, J., Schneider, B. (1991), Sex, lies, and forgiveness: couples speaking out on healing from sex addiction. Center City, Hazleden Educaţionall Materials

Sânger, MR (2012) Antropology and Addiction: an historical review, Addiction, 107 (10): 1747 – 55

Stanciu C., Cotruș. A, Factori psihologici și sociali implicaţi în consumul de droguri la adolescenţi, Revista de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România – Martie 2014 – voi. 17 – nr. 1

Suffoletto B, Kristan J, Callaway C, Kim KH, Chung T, Monti PM, Clark DB.A. text message alcohol intervenţion for young adult emergency departament patients: a randomized clinical trial. Ann Emerg Med. 2014 Dec; 64 (6): 664 – 72.

Sullivan RJ, Hagen EH (2002), Psychotropic substance-seeking: evoluţionary pathology or adaptaţion? Addiction, 97: 389 – 400

Sussman, Susan, A. (2008), *Drug abuse. Concepţion. Prevention. Cesation.,* Cambridge University Press

Suffoletto B, Callaway C, Kristan J, Kraemer K, Clark DB., Text-message-based drinking assessments and brief intervenţions for young adults discharged from the emergency departament. Alcohol Clin Exp Res. 2012 Mar; 36 (3): 552 – 60.

Șerban, Alexandra, Efectele consumului de droguri în preistorie: dezvoltarea limbajului, a conștiinţei de sine și a religiei în hffps: //www˙historia˙ro

Ștefănescu, Paul (1994), Plante de vrajă, Ed AII, București

Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenţei de opiacee Protocol clinic naţional, Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova, Chișinău, 2015

Vrasti, Radu (2002), Alcoolismul – Detecţie, Diagnostic şi Evaluare, Un compendiu de scale, chestionare şi interviuri standardizate. Timpolis, Timişoara

Vrasti, Radu: „Tratamentul Alcoolismului” hffp: //www˙vrasti˙org/Cap. %205. %20Tratament %20farmacologic˙pdf hffp: //www˙who˙int/gho/alcohol/en/

hftp: //apps. who˙int/iris/bitstream/10665/112736/l/9789240692763eng˙pdf? un = l

Valentine, G; Holloway, S.L; Jayne, M. & Knell, C. (2007): Drinking places: where people drink and why. York: Joseph Rowntree Foundation.

Vera, Luis (2011), Terapia cognitive comportamentală la copii și adolescenţi, Ed Polirom, Iași

Vetulani J. (2001), Drug Addiction, part I, psychoactive substances în the past and present, Pol J Pharmacol, 53: 201 – 204

Wan, M., Finlayson, R., & Rowles, A. (2000), Sexual dependency treatment outeome study. Sexual Addiction & Compulsivity, 7 (3), 177 – 196

Webb, Penny, Rain, Chris, Sandi Pirozzo, (2005), Essenţial Epidemiology: An introduction for students and health professionals. Cambridge University Press

Webber, M., (2008), Pașii transformării. Un preot ortodox vorbește despre cei 12 pași, trad Nicoleta Amariei și Claudia Varga, Ed. Kolos, Iași

Webber, M, O perspectivă ortodoxă asupra psihoterapiei. Biserica și recuperarea alcoolicilor, Revista Teologică nr. 4/2012, trad Anamaria Ilieș, 289 – 295

West, R., Smyth, C., West, J. (2014), Formula antifumat. Calea revoluţionară de a te lăsa de fumat, trad Constantin Dumitrupalcus, Lifestyle Publishing

Watts, Alan (2017), *Cosmologia voioasă,* trad Marian Stan, Ed Herald, București

Winkelman, M. (2001) Alternative and tradiţional medicine approaches for substance abuse programs: A shamanic approach. Internaţional Journal of Drug Policy 12: 337 – 51.

Welch KA, Carson A, Lawrie SM. Brain structure în adolescents and young adults with alcohol problems: sistematic review of imaging studies, Alcohol Alcohol, 2013, vol. 48 (pg. 433 – 44)

White V, Bariola E., (2012), Australian secondary school studentsz Use of tobacco, alcohol and overthe-counter and illicit substances în 2011 Centre for

Behavioural Research în Cancer. The Cancer Council Victoria

Windle, Michael, Alcohol Use Among Adolescents and Young Adults, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, hffps: //pubs. niaaa. nih˙gov/publicaţions/arh27-l/79 – 86.htm

Young R, Sweeting H, West P. A longitudinal study of alcohol use and antisocial behaviour în young people, Alcohol Alcohol, 2008, vol. 43 (pg. 204 – 14)

Young, K., Griffin-Shelley, E. Cooper, A., O Mara, J. & Buchanan, J, (2000), Online infidelity: a new dimensio în couple relafion↝hips with implications for evaluation and treatment, Sexual Addiction and Compulsivity, II, 57 – 59.

Zeigler D, Wang ℭℭ, Yoast RA, Dickinson BD, Mℭ ˟Caffree MA, Robinowitz CB, et al. The neurocognitive efects of alcohol on adolescents and collège students. Preventive Medicine 2005; 40 (l): 23 – 32

Zorin, K.V. (2014), Dependenţa de computer, de jocuri, de nicotine, traducere de Adrian Tănăsescu Vlas, Ed Sofia, București hffp: //www˙education. vic˙gov˙auzdocuments/school/ teachers/health/factsheetl2011. pdfhttă: //insp˙gov. ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2016/01/A-analiza-de-situatie-2015.pdf

The Alcohol and Drug Foundation (ADF) Australia3s hffps: //adf˙org˙auzalcoholdrug-use/teenagers/ influencers/

hffps: //www˙nice˙org˙uk/guidance/ph24/chapter/l-re-commendations httă: //www˙education. vic. gov˙auzdocuments/school/teachers/health/factsheetl2011. pdf